

TRAITÉ
HISTORIQUE ET PRATIQUE
DE
LA SYPHILIS

PRINCIPAUX TRAVAUX DE M. LANCEREAUX.

Des Affections nerveuses syphilitiques ; ouvrage couronné par l'Académie impériale de médecine (Prix Civrieux, 1859). Paris, 1861, in-8° de 500 pages. (En collaboration avec le docteur Léon Gros.)

De la Thrombose et de l'Embolie cérébrales, considérées principalement dans leurs rapports avec le ramollissement du cerveau. In-4°. Paris, 1862. (Thèse de doctorat.)

Des Hémorrhagies méningées, considérées principalement dans leurs rapports avec les néomembranes de la dure-mère crânienne (*Archives générales de médecine*, novembre 1862, janvier et février 1863).

Recherches cliniques et anatomo-pathologiques, pour servir à l'histoire de l'endocardite suppurée et de l'endocardite ulcéreuse (*Gazette médicale*, année 1862).

De l'infection par produits septiques engendrés au sein de l'organisme (*Gazette médicale de Paris*, 1862).

Sur un cas de paralysie saturnine avec altération des cordons nerveux et des muscles paralysés (*Gazette médicale de Paris*, 1862).

Étude sur la dégénérescence graisseuse dans l'empoisonnement par le phosphore (*Union médicale*, 1863).

De l'Amaurose liée à la dégénération des nerfs optiques dans les cas d'altération des hémisphères cérébraux (*Archives générales de médecine*, 1864).

Article Alcoolisme (*Dictionnaire encyclopédique des Sciences médicales*, t. II).

CORBEIL, typ. et stér. de CRÉTÉ.

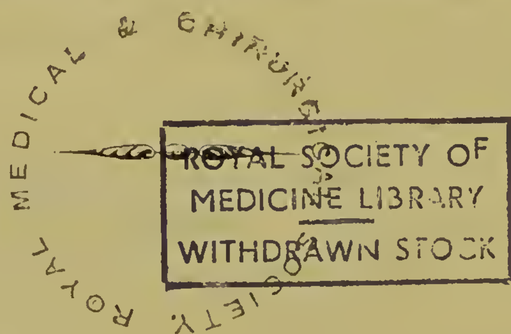
TRAITÉ
HISTORIQUE ET PRATIQUE
DE
LA SYPHILIS

PAR

LE DOCTEUR E. LANCEREAUX

CHEF DE CLINIQUE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS,
LAURÉAT DE L'INSTITUT DE FRANCE, DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
ET DE L'ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE
MEMBRE DE LA SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE, ETC.

Accompagné de trois planches gravées et coloriées.



PARIS
J. B. BAILLIÈRE ET FILS
LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE
Rue Hautefeuille, 19

Londres — HIPPOLYTE BAILLIÈRE | Madrid — C. BAILLY-BAILLIÈRE

LEIPZIG, E. JUNG-TREUTTEL, QUERSTRASSE, 10

1866

A

MONSIEUR A. GRISOLLE,

PROFESSEUR DE CLINIQUE INTERNE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

MEMBRE DE L'ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE

ET DU CONSEIL DE SURVEILLANCE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE.

E. LANCEREAUX.

PRÉFACE

« La Syphilis devrait servir de clef à toute « la pathologie. » (Andral, dans Ricord, *Lettres sur la Syphilis*, 2e édit., p. 302.)

Les sciences naturelles sont parvenues, pour la plupart, à classer les objets dont elles s'occupent sous un certain nombre de types parfaitement définis, chacun de ces types donnant la notion de toutes les individualités qui s'y rapportent. La pathologie, elle aussi, devrait posséder une classification analogue, car les états organopathiques de l'homme présentent des types distincts, toujours reconnaissables à des caractères constants, qui permettent de les grouper de façon à constituer des espèces morbides. Mais, si parmi les maladies aiguës nous connaissons l'histoire détaillée de plusieurs espèces, il faut bien admettre que dans le domaine des maladies chroniques nous sommes moins avancés. J'ai donc cru utile de suivre dans ses moindres détails l'une de ces maladies.

A cet effet, j'ai choisi la maladie qui, par son origine et par ses manifestations multiples, se prête le mieux à une étude exacte, complète et variée, j'ai nommé la syphilis. J'ai cherché à en tracer l'histoire, non pas à la façon du spécialiste dont la vue ne dépasse pas l'horizon de sa spécialité, mais à la manière du nosographe qui ne trouve là qu'un chapitre détaché de la grande histoire des maladies.

Ce livre est divisé en six parties : historique, nosographie, séméiotique, étiologie, thérapeutique et médecine légale.

La syphilis héréditaire et la syphilis accidentelle sont étudiées séparément. Celle-ci est suivie dans son évolution par périodes, et les accidents qui se rattachent à la dernière période sont examinés successivement dans chacun des appareils de l'organisme.

L'étude des lésions anatomiques a été placée avant celle des symptômes, qui leur sont généralement subordonnés. La raison de cette préférence, c'est qu'elles constituent l'élément le plus invariable et le signe le plus constant de la syphilis. Naguère encore on croyait ces lésions bornées à quelques tissus et à quelques organes, et, bien que depuis trois siècles des manifestations viscérales diverses eussent été signalées, l'attention des cliniciens se fixait peu sur elles. Aujourd'hui que la gravité de ces manifestations est bien connue, il est naturel d'y insister et de leur accorder une place en rapport avec leur importance.

Après ce travail indispensable d'analyse, il devenait nécessaire de ramener l'esprit à la considération de l'ensemble, car la syphilis est une. J'ai donc cherché autant que possible à montrer dans la marche de la maladie, cet enchaînement morbide qui commence avec l'ulcération primitive et qui se termine trop souvent par la cachexie et la mort.

Pour éviter des longueurs et une polémique presque toujours inutile, je me suis attaché à écarter les observations douteuses et à ne citer que des faits importants et bien constatés. Dans ce travail d'élimination et de choix je serais très-heureux de n'avoir rien omis; mais cela n'est pas possible. Ce que je puis affirmer sincèrement, c'est que j'ai cherché la vérité consciencieusement et sans parti pris.

Paris, le 27 avril 1866.

SYNONYMIE

La syphilis est peut-être, de toutes les maladies, celle qui à l'origine a reçu les dénominations les plus nombreuses et les plus variées. Inconnue, lors de son apparition, dans ses causes, dans sa nature, dans son traitement, elle prêtait facilement à toutes les suppositions : aussi l'imagination des médecins et du peuple se donna pleine carrière à son sujet. De là ces noms divers qui reflétaient ou les préoccupations scientifiques, ou les rivalités nationales, ou les superstitions populaires de l'époque.

Bon nombre de médecins, jaloux de repousser une calomnie et une erreur et de rester en dehors des animosités et de l'ignorance des masses, cherchèrent leurs désignations soit dans les causes, soit dans les symptômes du mal. Aux uns il parut que ce n'était qu'une forme de la lèpre asiatique, de là le nom d'*éléphantiasis ;* les autres y virent une affection cutanée déjà décrite par les Arabes, auxquels ils empruntèrent le terme de *sahafati.* Mais ce qui frappait surtout, c'était la ressemblance de la maladie nouvelle avec la petite vérole connue depuis le sixième siècle. Aussi les Français, pour l'en distinguer, l'appellent-ils *grosse vérole* ou *vairole ;* les Flamands et les Picards, *les poques ;* les Espagnols, *las bubas* ou *buvas,* ou *boas ;* les Génois, *lo male de le tavelle ;* les Toscans, *il malo delle bolle ;* les Lombards, *lo male delle bozzole ;* les Savoyards, *clavelée* ou *claveau ;* les Allemands, *grosse Blatter ;* d'autres, *gorre*, *grande gorre*, *scorra pestilentialis*, *morbus pustularum*, *malæ pustulæ*, *gale pustuleuse*, *vésicules épidémiques*, *crystalline.* Les noms usités à Saint-Domingue rappelaient la même analogie : *guagnara*, *hipas*, *taybat*, *ycas.* L'influence des idées astrologiques donna lieu aux mots de *Patursa* (passio turpis saturnina), maladie *saturnine*, parce qu'on en faisait remonter la cause à la conjonction de Saturne et de Mars. Le nom de *Pélade* vint, dit Sauval, à cause du nombre de personnes qu'on vit tondues si joliment et sans rasoirs. J. de Béthencourt, médecin rouennais, adopta la dénomina-

tion de *maladie vénérienne* que Fernel après lui employa de préférence sous la forme latine de *lues venerea*. Fracastor avait déjà publié son poëme dans lequel figure le berger Syphilis, destiné à devenir l'incarnation la plus durable du mal nouveau.

Telles furent les dénominations principales employées par les médecins et chirurgiens du temps. Elles ne suffirent point : les rancunes nationales, les inimitiés politiques trouvèrent l'occasion de se satisfaire, et on s'imputa réciproquement l'introduction du fléau. Les Italiens, les Napolitains l'appelèrent *mal francese*, *mala de Frantzos*, désignation que s'empressèrent d'adopter les Allemands, *frantzosen*, *frantzosischen Pocken*. Les Anglais lui donnèrent le nom de *french pox*. De même, et avec tout autant de raison, les Français le nommèrent *mal de Naples;* les Flamands, *vérole* espagnole, *spaanse Pocken ;* les Maures, *mal espagnol ;* les Portugais, *mal castillan ;* les Indiens, *mal des Portugais ;* les Turcs, *mal des chrétiens;* les Persans, *mal des Turcs ;* les Polonais, *mal des Allemands ;* les Moscovites, *mal des Polonais*.

A ces noms, souvenir de vieilles haines, il reste à joindre, pour être complet, ceux que le vulgaire employait en certains pays et qui n'étaient que l'expression de ses croyances superstitieuses au point de vue de la guérison. Ainsi vit-on le *morbus novus* devenir chez les Allemands le *mal de saint Mévius* ou de *saint Main;* chez les Catalans et les Aragonais, *le mal de saint Sement*, et ailleurs *le mal de saint Job*, de *sainte Reine*, de *saint Evagre*, de *saint Roch*, *etc*.

Voici du reste comment un poëte du temps, Jean Lemaire (1), rappelle dans son langage naïf cette multiplicité d'appellations :

Ne seut onc lui bailler propre nom,
Nul médecin, tant eut-il de renom.
L'ung la voulut *Sahafati* nommer
En Arabic; l'autre a peu estimer
Que l'on doit dire en latin Mentagra ;
Mais le commun, quand il la rencontra,
La nommait Gorre ou la Vérole grosse,
Qui n'espargnoit ne couronne, ne crosse ;

(1) *Les trois comptes intitulés de Cupido et d'Atropos, dont le premier fut inventé par Séraphin, poëte italien, le second et le tiers de l'invention de maistre Jean Lemaire*, 1525.

Pocques l'ont dit les Flamens et Picquarts.
Le Mal françois la nomment les Lombarts.
Si a encores d'autres noms plus de quatre,
Les Allemands l'appellent grosse Blattre,
Les Espaignols les Bouëls l'ont nommée :
Et dit-on plus que la puissante armée
Des fors François a grand peine et souffrance
En Naples l'ont conquise et mise en France,
Dont aucun d'eux le Souvenir la nomment,
Et plusieurs faits sur ce comptent et somment.
Les Savoysiens la Clavela la disent :
Delà comment plusieurs gens en devisent,
Delà comment Amour, le jeune ivrongne,
A fait aux gens grand dommage et vergongne.
Et ne scet-on pour ses cloux desclouër,
Bien bonnement a quel saint se vouer.
Néantmoins aucuns, par grace souveraine,
Ont imploré madame saincte Reine,
Les autres ont eu recours a sainct Job ;
Peu de guéris, en sont de morts beaucoup,
Car règne a ce trez cruel tourment
Par tout le monde universellement.

TRAITÉ
DE LA SYPHILIS

PREMIÈRE PARTIE

HISTORIQUE

C'est en vain qu'on cherche dans l'antiquité une exposition dogmatique de la syphilis, elle ne s'y rencontre pas. Les premiers médecins qui donnèrent de ce mal une description un peu détaillée, contemporains de la fameuse épidémie de 1495, eurent à se demander si la maladie qu'ils avaient sous les yeux était ou non nouvelle, et dès cette époque, deux opinions furent émises qui n'ont cessé d'avoir cours dans la science. La première fait naître la syphilis à la fin du quinzième siècle, la seconde lui attribue une origine beaucoup plus ancienne. Peu d'accord sur le lieu de naissance, les partisans de la doctrine de l'ancienneté considèrent la syphilis comme une espèce de lèpre, et l'appellent tantôt éléphantiasis (Seb. Aquilanus, Phil. Beroaldus), tantôt formica (Schellig, Cumanus, Gilinus, Leonicenus, Steber), tantôt saphati (J. Widmann, Not. Montesaurus, J. de Fogueda, Sim. Pistor). Soutenus par ces vues, Sydenham, Haller, Plenck, Thierry, Howard, voulurent trouver dans les yaws et les pians la forme primitive de la syphilis, et signalèrent l'Afrique comme patrie de cette maladie dont on chercha aussi les premières traces chez les Maranes (Gruner). D'autres auteurs, tels que Swediaur et Beckmann, l'assimilant au feu persan, la firent provenir des Indes orientales, tandis que Wizmann la faisait naître en Dacie, au deuxième siècle.

Cependant, lorsqu'il fut positivement établi que la syphilis avait pour point de départ l'acte vénérien, quelques savants cherchèrent à prouver que cette maladie existait depuis les temps les plus reculés ; mais en même temps on inventa les contes les plus fantastiques sur son origine. On ne l'attribua plus, comme autrefois, à une constellation malheureuse : on chercha à la rattacher à la cohabitation d'une courtisane avec un lépreux, avec des bêtes et surtout avec des singes ; enfin, à la cohabitation avec les Indiennes voluptueuses de l'Amérique ; et ce fut précisément de cette dernière supposition que se forma en grande partie l'idée de la prétendue origine américaine de la syphilis, dont Astruc et Girtanner furent les principaux défenseurs.

Telles sont, en somme, les diverses hypothèses en présence.

Elles se réduisent à trois principales :

1° Origine ancienne dans le monde entier ;

2° Origine ancienne à point de départ inconnu ; importation moderne en Occident ;

3° Origine récente, épigénère à la fin du quinzième siècle.

Tout ce qui vient à l'appui des deux premières hypothèses, tend nécessairement à ruiner la dernière, qui, du reste, ne compte aujourd'hui que de rares défenseurs. L'étude successive que nous allons faire de la syphilis dans l'antiquité, au moyen âge, et depuis le quinzième siècle jusqu'à nos jours, apprendra ce qu'il faut en penser.

BIBLIOGRAPHIE.

I. — Collections d'auteurs et sources.

1° Nicolai LEONICENI, vicentini, et Joannis ALMENAR, hispani, Libri de morbo gallico; Angelini BOLOGNINI, bononiensis, De Cura ulcerum exteriorum et unguentis communibus in solutione continua, lib. II; Alexandri BENEDICTI, veronensis, Liber de pestilenti febre; Dominici MESSARIÆ, vicentini, De ponderibus et mensuris medicinalibus, lib. III. Papiæ, ex offic. Bernhardi de Geraldis, 1516, in-fol.— 2° Liber de morbo gallico, in quo diversi celeberrimi in tali materia scribentes medicinæ continentur auctores, videlicet : Nicolaus LEONICENUS, vicentinus ; Ulrichus de HUTTEN, germanus; Petrus Andræas MATHEOLO, sinensis ; Laurentinus PRISIUS ; Joannes ALMENAR, hispanus; ANGELUS, bologninus. Venetiis per Joannem Patavinum et

Venturinum de Ruffinellis, 1535, in-8°. — 3° Morbi gallici curandi ratio exquisitissima a variis iisdemque peritissimis medicis conscripta, nempe : Petro Andræa MATHEOLO; Joanne ALMENAR, etc. Basileæ, apud Joan. Bebelium, 1536, 299 pag. in-4°. — 4° De morbo gallico, etc.; 1ª edit., tomus prior Venetiis, apud Jord. Zilettum, 1566 inf., 736 p. tomus posterior, 1567, appendix, 1567. — Aloysius LUISINUS, Aphrodisiacus, sive de lue venerea, in duos tomos bipartitus, continens omnia quæcumque hactenus de hac re ab omnibus medicis conscripta sunt. Venetiis apud Baretium et socios, 1599, in-folio. — Ultima editio, apud Joan. Arnold. Langerak et Joh. et Herm. Verbeck, Lugdun. Batavorum, 1728 (avec une préface de BOERHAAVE, 1366 pages à deux colonnes). Ce livre contient 59 auteurs. — 5° Daniel TOURNER, Aphrodisiacus, containing a summary of the ancients Writers on the venereal disease. London, printed for John CLARKE, 1736, in-8°. — 6° John ARMSTRONG, A synopsis of the history and cure of the venereal disease. London, 1737, in-8°. — 7° Christ. G. GRUNER, Aphrodisiacus, sive de lue venerea, in duas partes divisus, quarum altera continet ejus vestigia in veterum auctorum monumentis obvia, altera quos Al. Luisinus temere omisit scriptores. Jenæ, apud Ch. Cunonis heredes, 1788. Ce supplément au livre de Luisinus, qui contient 64 auteurs, a été complété par un second supplément : C. G. GRUNER, De morbo gallico scriptores medici et historici, partim inediti, partim rari et notationibus aucti, accedunt morbi gallici origines maranicæ. Jenæ, 1793. — C. G. GRUNER, Spicilegium scriptorum de morbo gallico. Jenæ, 1799-1802, in-4°. Ce troisième supplément n'a pas paru dans la librairie.

II. — Historiens.

Carolus PATIN, Luem veneream non esse morbum novum, oratio habita in Archilyceo patavino, die V novemb. 1687. Déjà Guy Patin défend l'âge de la Lues, t. III, lettre 370. — ALLIOT de MUSSAY et LEAULTÉ, Quæstio medica an morbus antiquus syphilis? Paris, 1717. Dissertation dont l'un des corollaires (V) cherche à prouver l'ancienneté de la Lues par des passages tirés d'Horace, de Juvénal, de Martial, de Tacite, de Suétone, etc. — William BECKETT, An attempt to prove the antiquity of the venereal disease long before the discovery of the West Indies. Philosophic. Transact., vol. XXX, 1718, in-4°, n° 357, p. 839. A letter to Dr W. Wagstaffe concerning the antiquity of the venereal disease, *ibid.*, vol. XXXI, 1720, n° 365, p. 47. A letter to Dr Halley in answer to some objections made to the history of the venereal disease, *ibid.* n° 366, p. 108. — A. N. R. SANCHEZ, Dissertation sur l'origine de la maladie vénérienne, pour prouver que le mal n'est pas venu d'Amérique, mais qu'il a commencé en Europe par une épidémie. Paris, 1752, in-8°, et 1765, in-12. — Examen historique sur l'apparition de la maladie vénérienne en Europe et sur la nature de cette épidémie. Lisbonne, 1774, pour répondre aux objections présentées par Van Swieten. — Berdoe MERMADUC, An essay on the pudendagra (Essai sur la pudendagra). Bath, 1771, in-8. — Ph. Gab. HENSLER,

Geschichte der Lustseuche, die zum Ende des XV Jahrhunderts in Europa ausbracht (Histoire de la Lues qui fit son apparition en Europe à la fin du quinzième siècle), vol. I, p. 335. Altona, 1783, in-8°. Nouvelle impression, 1794. — Le MÊME, Ueber den Westindischen Ursprung der Lustseuche (Sur l'origine de la Lues dans les Indes occidentales). Hambourg, 1789; la première partie de ce tome II n'a jamais paru. — Le MÊME, Programma de Herpete seu formica veterum labis venereæ non prorsus apertæ. Kilon., 1801, in-8°. — Anonyme, La America vindicada de la calumnia de haber sido madre del mal venereo. Madrid, 1785, in-4°. C'est, suivant Sprengel, un bon ouvrage. — William TURNBULL, An inquiry into the origin and antiquity of the Lues venerea, with observations on its introduction and progress in the islands of the South-sea. Londres, 1786; traduct. allemande de Michaelis. Leipsick, 1789. L'auteur défend l'origine américaine. — PERENOTTI di Cigliano, Storia generale dell' origine, dell' essenza e specifica qualità della infezione venerea. Turin, 1788, in-8°. Traduit de l'italien par C. Sprengel. Leipsick, 1791. L'auteur défend l'ancienneté de la maladie. — M. SARMIENTO, Antigüedad de las bubas. Madrid, 1788, in-8°. The english Review, 1788, p. 221. — Just. ARNEMANN, De morbo venereo analecta quædam ex manuscriptis Musei Britannici Londinensis. Gœttingæ, 1789, in-4°. — M. S. G. SCHMIDT, De ulceribus virgæ tentamen historico-chirurgicum. Halæ, 1790, in-8°. — Ch. G. GRUNER, Morbi gallici origines maranicæ. Programma. Jenæ, 1793. — Le MÊME, Die Maranen sind die wahren Stammväter der Lues von 1493 (les Maranes sont les véritables pères de la Lues de 1493). Dans son almanach de l'année 1792, p. 51-92. — Le MÊME. Geschichte der Maranen und der Eroberung von Granada (Histoire des Maranes et de la conquête de Grenade). *Ibid.*, p. 158, 196; Die Maranen dürften doch wohl die Stammväter der Lues von 1493. *Ibid.*, 1793, p. 69-89; 1794, p. 229, 268. — LINGUET (Sim.), Histoire politique et philosophique du mal de Naples. Paris, 1796, in-8° (ouvrage extrêmement rare). — SPRENGEL (K.), Ueber den muthmasslichen Ursprung der Lues aus dem suddlichen Africa (De l'origine présumable de la Lues de l'Afrique méridionale); dans ses Contributions pour l'histoire de la médecine (Beiträge zur Geschichte der Medicin). Halle, 1796, vol. I, cah. 30, 61, 101. L'auteur soutient, d'après une citation de Hensler, que le yaws et le pian sont les formes primitives de la Lues. — J. F. BOUILLON LAGRANGE, Observations sur l'origine de la maladie vénérienne dans les îles de la mer du Sud, dans le Recueil périodique de la Société de santé, t. I, 1797, p. 38-47. — Wilh. SICKLER, Dissertatio exhibens novum ad historiam luis venereæ additamentum. Jenæ, 1797, in-8°. — SCHAUFUSS, Neueste Entdeckungen über das Vaterland der Pocken und der Lustseuche (Dernières découvertes sur la patrie des véroles et de la Lues). Leipsick, 1805, in-8°. L'auteur fait venir la *Lues* des Indes orientales. — J. B. C. ROUSSEAU, New observations on syphilis, tending to settle the disputes about its importation, by proving that it is a disease of the human race, that has and will always exist among the several nations of the globe, dans COXE Philadel-

phi med. Museum, 1808, vol. IV, n° 1, p. 1-11. — H. ROBERTSON, A historical inquiry into the origin of the venereal disease. London medical Repository, 1814, vol. II, p. 112-119, 185-192. L'auteur défend l'ancienneté de la syphilis, mais il nie que la maladie qui a régné dans l'armée française, lors du siége de Naples, ait été la syphilis. — RENARD, Versuch über die Entstehung der Lustseuche. Mainz, 1815. — WITZMANN, Ueber die Lustseuche in den nördlichen Provinzen der Europäischen Turkei (De la syphilis dans les provinces du nord de la Turquie d'Europe), in Russ. Sammlung für Naturw. und Arznkst. Bd. l. Riga et Leipsick, 1816, p. 230. L'auteur fait naître cette maladie au deuxième siècle dans la Dacie. — Rob. HAMILTON, On the early history and symptoms of Lues, in the Edinburgh medical and surgical Journal, 1818, vol. XIV, p. 485-498. — Gust. Ad. WERNER, De origine ac progressu Luis venereæ animadversiones quædam, Diss. inaug. Leipzig, 1819. L'auteur se prononce pour l'ancienneté de la maladie que les anciens lui paraissent avoir confondue avec la lèpre. — W. WENDT, Bydrag til historien of den veneriske sigdoms begyndelse og fremgangi Danemark. Kjobnhaven, 1820, in-8°. Traduct. allemande dans le Journal de Hufeland, 1822, vol. LV, p. 1. Cet ouvrage prouve que la Lues était connue en Danemark depuis 1495. — Nicol. BARBANTINI, Notizie istoriche concernenti il contagio venereo, le quali precedono la sua opera sopra questo contagio. Lucques, 1820, in-8°. — Domenico THIENE, Lettere sulla storia dei mali venerei. Venise, 1823. Cet ouvrage contient une réfutation de l'origine américaine. — HUBER (V. A.), Bemerkungen über die Geschichte und Behandlung der venerischen Krankheiten (Observations sur l'histoire et le traitement des maladies vénériennes). Stuttgart et Tubingue, 1825, in-8°. L'auteur cherche surtout à réfuter l'origine américaine. — A. DUBLED, Coup d'œil historique sur la maladie vénérienne. Paris, 1825. — S. J. BEER, Beiträge zur Geschichte der Syphilis (Contributions à l'Histoire de la syphilis), dans Oken's Isis, vol. II, p. 728-731, 1828. — Pet. de JURGENEW, Luis venereæ apud veteres vestigia, Diss. inaug. Dorpati, 1826. — CHOULANT, Hieronymi FRACASTORI Syphilis seu morbus gallicus, etc. Leipzig 1830. — F. Al. SIMON, Versuch einer kritischen Geschichte der verschiedenartigen, besonders unreinen Behaftungen der Geschlechtstheile und ihrer Umgebung, oder der örtlichen Lustübel, seit der ältesten bis auf die neueste Zeit (Essai d'une histoire critique des diverses affections impures des parties génitales et des parties voisines, ou des affections syphilitiques locales, dès les temps les plus anciens jusqu'à nos jours. Hambourg, 1830, 1831, 1846, 3 vol. in-8°. — LE MÊME, Kritische Geschichte der Ursprung, der Pathologie und Behandlung der Syphilis, Tochter und wiederum Mutter des Aussatzes (Histoire critique de l'origine, de la pathologie et du traitement de la syphilis, fille et à la fois mère de la lèpre). Hambourg, 1857, vol. I; 1858, vol. II, Ire section. — Max. Lud. SCHRANK, De luis venereæ antiquitate. Diss. inaug. Ratisbonnæ. Monachii, 1834. — Math. JAUDT, De lue veterum et recentium. Diss. inaug. Monachii, 1834. — Aug. ZENNARO, De syphilidis antiquitate

et an sit semper contagio tribuenda. Patavii, 1837, in-8°. — Jos. Ferd. Masarei, Dissert. sistens argumentum, morbos venereos esse morbos antiquos. Viennæ, 1837, in-8. — Julius Rosenbaum, Geschichte der Lustseuche, Erster Theil, die Lustseuche in Alterthume. Halle, 1839 (Histoire de la maladie vénérienne dans l'antiquité, etc., 1re édition, 1839, 2e édit., 1845, in-8°, traduction française par Santulus, Bruxelles, 1847. Ouvrage d'une vaste et profonde érudition qui conclut à l'existence de la syphilis de toute antiquité. — Meyer Ahrens, Geschichtliche Notizen über das erste Auftreten der Lustseuche in der Schweiz, in Schw. Zeitschrift für Natur und Heilkunde, 1841, Bd. III, Heft, 1 et 2. — Gauthier, Recherches nouvelles sur l'histoire de la syphilis. Lyon, 1842. — Ch. Daremberg, Annales des maladies de la peau, 1851-1852, t. IV, p. 126-130, 270-276. — M. J. H. Simpson, Sur l'introduction de la syphilis en Écosse au quinzième siècle, mémoire lu à la Soc. épidémiologique, le 5 novembre 1860. Edinburgh, Med. Journ. Feb. 1861. Gaz. méd. p. 389, 1861. — Ali-Cohen, Études sur l'histoire de la syphilis en général et sur l'histoire de la syphilis dans les Pays-Bas en particulier, traduites du manuscrit hollandais, par Ph. J. van Meerbeck (sans date). — A. A. Folker, Sur l'histoire de la syphilis en Hollande, in Nederland. tijdschs., IV, p. 419. Jul. 1860, V, p. 451, août 1861. — Hæser, Historische Bedenken gegen die neuesten Ankläger in der Syphilis, Virchow's Archiv für patholog. Anat. und Physiolog. Band XVIII, 3 et 4 Heft, 1860. — Virchow, Rudolf, in Virchow's Archiv für pathologische Anatomie und Physiologie. Band XIX, p. 238. — R. Finkenstein, Zur Kenntniss der venerischen Affectionen in Alterthume, Zeitschrift für Wundarzte und Geburtsh. 14 Jahrgang, Theil, 1861. — Prager, Mittheilungen zur Geschichte der Syphilis und Pest, Virchow's Archiv. Bd. XXIV, Heft. 1 et 2, p. 210. — Lammert, Epidemien der Syph. in Franken, in Folge von Operationen der Bader, *ibid.*, 3 et 4. — J. M. Guardia, Gaz. méd. Paris, 1863, et La médecine à travers les siècles. Paris, 1865, p. 217. — Rengifo, Étude sur les premiers syphilographes espagnols, thèse de Paris, 1863.

III. — Traités divers contenant des données importantes sur l'histoire de la syphilis.

Astruc, De morbis venereis libri novem. Paris, 1740, vol. II, traduction française par Louis. Paris, 1777. — Van Swieten, Commentaria in Boerhaavii Aphorismos. Lugduni Batavorum, 1772, t. V, p. 373. — Jesse Foot, A complete treatise on the origin and cure of the lues venerea, etc. London, 1792. — Girtanner, Abhandlung über die vener. Krankheiten. Göttingen, 1788 et 1789. — B. Bell, Traité de la maladie vénérienne, traduit en français par Fr. Bosquillon, t. II, p. 16. Paris, 1802. — Walch, Ausführliche Darstellung des Ursprungs der Erkenntniss, Heilung und Vorbauung der vener. Krankheit. Jena, 1811. — Richond des Brus, De la non-existence du virus vénérien, prouvée par le raisonnement, l'observation et l'expérience, t. II. Paris, 1826. — A. J. L. Jourdan, Traité complet des maladies vénériennes. Paris, 1826, 1re partie. — John Bacot, A treatise on

syphilis, in which the history, symptoms and method of treating every form of that disease are fully considered. Londres, 1829. — J. Maddon Tilley, A practical treatise on diseases of the genitals of male; with a preliminary essay on the history, nature and general treatment of the lues venerea. Londres, 1829. — Handschuch, Die syphilitischen Krankheitsformen und ihre Heilung. Munich, 1831. — Desruelles, Traité pratique des maladies vénériennes, t. II. Paris, 1836. — G. F. Dieterich, Die Krankheitsfamilie Syphilis, 2 vol. Landshut, 1842. — Hölder, Lehrbuch der syphilitischen Krankheiten, nach dem neuesten Stande der Wissenschaft. Stuttgard, 1851. — Vidal (de Cassis), Traité des maladies vénériennes. Paris, 1853.—Rollet, Recherches cliniques et expérimentales sur la syphilis, la blennorrhagie et principes nouveaux d'hygiène et de médecine légale de Lyon, 1861. — Melchior Robert, Nouveau traité théorique et pratique des maladies vénériennes, d'après les documents puisés dans la clinique de M. Ricord et dans les services hospitaliers de Marseille. Paris, 1861, in-8°. — Follin, Traité de pathologie externe, t. I. Paris, 1861. — A. Cazenave, Traité des syphilides, Paris, 1843. — Ph. Ricord, Lettres sur la syphilis, 3e édit., 1863.

Ouvrages historiques, etc. — François Raimond, Histoire de l'éléphantiasis, contenant aussi l'origine du scorbut, du feu Saint-Antoine, de la vérole, etc Lausanne, 1767. G. Gebler, Migrationes celebriorum morborum contagiosorum, dissertations médicales. Götting, 1780. C. H. Fuchs, Die krankhaften Veranderungen der Haut und ihrer Anhange, etc. Göttingen, 1840. — Du même, Die ältesten deutschen Schriftsteller über die Lustseuche (Les auteurs allemands les plus anciens sur la vérole). Gœttingue, 1843.— Astley Cooper, Leçons théoriques et pratiques sur la chirurgie, publiées par Lee, traduct. allemande de Burchard. Erlangen, 1845. — Heine, Beiträge zu der Lehre von der Syphilis in ihrer Verbindung mit Vaccine und Diphteritis. Wurtzburg, 1852. — Freind, Histoire de la médecine, traduite de l'anglais par Étienne Coulet. Leide, 1727, t. III, p. 192-277. — Kurt Sprengel, Versuch einer Pragmatischen der Arzeneikunde. Halle, 1828, vol. II, p. 521-525, 714; vol. III, p. 204-217; vol. V, p. 570-594. — Fr. Schnurrer, Chronik der Seuchen, 2e partie. Tubingue, 1823 et 1825. — H. Hæser, Historische-patholog. Untersuchungen, als Beiträge zur Geschichte der Volkskrankheiten. Leipsick, 1839.

Nous signalerons comme sources bibliographiques importantes :

G. Rees, On the primary symptoms of the lues venerea, with a critical and chronological account of all the english writers on the subject from 1735 to 1785. London, 1802, in-8°. — H. Aug. Hacker, Litteratur der syphilitischen Krankheiten vom Jahre 1794, bis mit 1829, als Forsetzung der Girtannerschen Litteratur zu betrachten. Leipzig, 1830. — Le même, Neueste Litteratur der syphil. Krankheiten von 1830, 1838. Leipzig, 1839. — Les indications bibliographiques ont enfin été continuées dans l'Argos de Hacker, 1842-1843.

CHAPITRE PREMIER

LA SYPHILIS DANS L'ANTIQUITÉ.

D'abord soutenue par Sanchez, propagée plus tard par Hensler et par les recherches bibliographiques de Gruner d'Iéna, défendue avec un grand talent par Cazenave et Rosembaum, la doctrine de l'ancienneté de la syphilis repose sur des données nombreuses empruntées d'une part aux ouvrages des médecins chinois, indous, grecs et latins ; d'autre part, aux épigrammes et aux satires des poëtes de l'antiquité. Voyons ce que fournissent ces diverses sources.

§ 1. — De la syphilis chez les peuples de la Chine et de l'Inde.

A l'exception d'un passage de l'ouvrage d'Astruc (1) où il est dit que les livres de médecine écrits en langue chinoise ne parlent de la maladie vénérienne que comme d'une maladie très-ancienne, nos renseignements étaient à peu près nuls sur l'état de la syphilis en Chine avant que parût l'intéressant livre du capitaine Dabry (2).

Ce livre, qui contient sur la matière des données importantes, est une sorte de compilation d'ouvrages de médecine chinoise dont le plus ancien remonte à Hoang-ty, 2637 ans av. J.-C., mais dont le plus nouveau est presque de notre époque. Malheureusement, l'auteur, selon la judicieuse remarque de Verneuil (3), peu initié aux exigences historiques et bibliographiques, n'a pas pris soin de noter assez souvent les sources où il fait ses emprunts. Quoiqu'il en soit résulté un certain doute sur la chronologie des dogmes, des préceptes et des observations citées, l'ancienneté de la syphilis en Chine ne paraît cependant pas contestable. Le chancre ne peut être méconnu dans le livre dont il s'agit, où il est l'objet d'une description détaillée. Ulcère rongeur produit par un virus d'une nature particulière et communicable par le contact immédiat, cet accident s'observe aux parties génitales de l'homme et de la femme, mais on le rencontre en outre dans l'intérieur du canal de l'urèthre, dans la bouche et la gorge, au nez, à l'anus ou à l'extrémité du gros intestin. Il apparaît

(1) *Traité des maladies vénér.*, trad. de Louis, t. II, p. 346.
(2) *La médecine chez les Chinois.* Paris, 1863.
(3) *Archiv. génér. de méd.*, 1863, t. I, p. 625.

généralement du troisième au neuvième jour, ou seul, ou accompagné d'un grand nombre d'autres accidents du même genre. Il débute par une petite tache rouge, gonflée au centre et causant ou de la douleur ou un prurit très-vif; peu de temps après, au milieu de la plaie se montre un point blanc qui forme cavité et augmente insensiblement en largeur et en profondeur. Dans le fond, on aperçoit et on sent une sorte de peau ferme, épaisse, de couleur blanchâtre ; les bords deviennent également durs, droits avec des dentelures inégales. Les ulcères consécutifs de la bouche, de la gorge et du nez, les plaques muqueuses de la région anale, les éruptions cutanées, en un mot la série des accidents secondaires est longuement mentionnée ; dans un dernier paragraphe intitulé : *Chancre au nez*, les accidents tertiaires sont enfin assez clairement désignés : écoulement sanieux, ulcération, destruction des cloisons des narines, etc.

Dans l'Inde comme en Chine, la syphilis n'est pas une maladie nouvelle. Le *Suçrutas* (1), ouvrage écrit vers l'an 400 et qui est en quelque sorte le traité hippocratique de la médecine indienne, contient des passages dans lesquels il est difficile de ne pas reconnaître la syphilis. Des affections, les unes locales intéressent les organes de la génération, les autres plus générales ont un autre siége. L'humeur en mouvement, est-il dit, entre dans le pénis, corrompt la chair et le sang, occasionne une irritation d'où vient une blessure sur laquelle se forment des élevures croûteuses laissant écouler un sang séreux..... Ces lésions détruisent la verge et produisent la stérilité. Chez la femme l'humeur qui pénètre dans les parties sexuelles occasionne des excroissances fongueuses, sanieuses et fétides. Le chancre dans ces passages est seul reconnaissable, mais dans cet autre il y a lieu de croire qu'il s'agit des affections consécutives de la syphilis : « Les humeurs mises en mouvement se portent vers les parties supérieures, occasionnent dans le nez, l'œil, l'oreille et la bouche, des hémorrhoïdes. Si l'oreille en est affectée, survient de la surdité ; l'oreille est douloureuse et exhale une odeur fétide. Le nez est-il lésé, il en résulte de l'éternument, un coryza, la difficulté

(1) *Suçrutas A'yurvedas*, id est Medicinæ systema, a venerabili D'hanvantare demonstratum, a Suçruta discipulo compositum. Nunc primum ex sanskrita in latinum sermonem vertit, introductionem, annotationes et rerum indicem adjecit Dr Franciscus Hessler, t. I, p. 111. Erlangen, 1844-1850. — Voir aussi Commentary on the Hindu system of medicine, by T. A. Wise, Bengal medical service. Calcutta et Londres, 1845, in-8°.

de la respiration; une odeur fétide s'échappe des fosses nasales, la voix est nasillarde, il y a en même temps douleur de tête (ozène syphilitique), sur la peau on observe des hémorrhoïdes disséminées qu'on appelle des hémorrhoïdes verruqueuses (Nidânasthâna, cap. II). » Ailleurs il est encore question de nodus et de bubons, il existe même des conseils sur le traitement de ces derniers (1).

L'histoire des pratiques religieuses de l'Inde est une autre source des preuves de l'antiquité de la syphilis dans cette contrée. En effet, tandis que le culte de Vénus prenait naissance au centre de l'Asie (chez les Assyriens [Pausanias]), commençait dans l'Inde le culte du Lingam, plus conforme à l'égoïsme de l'homme. Or le mythe de ce culte, tel qu'il est raconté par Sonnerat (*Voyage aux Indes et à la Chine*), est tout à fait propre à expliquer d'une manière presque entièrement satisfaisante l'origine de la syphilis. La partie de ce mythe qui nous intéresse est relative au châtiment de Civa qui s'était laissé entraîner à la volupté; ses parties génitales furent détruites par la gangrène, qui se répandit dans le monde en se communiquant des femmes aux hommes et ne cessa que par suite des prières des pénitents ; les parties heureusement guéries furent suspendues en ex-voto dans le temple de la divinité. Suivant F. C. Klein (2), qui se fonde sur les annales Malabares, il y a plus de neuf siècles que des médecins ont fait mention de la syphilis et de la guérison de cette maladie par le mercure. Cependant dans l'antiquité les affections des parties génitales chez les Indiens ont été certainement très-rares, puisque les Grecs (3) rangent ces peuples parmi les nations dont la vie est très-longue, à cause de leur tempérance et du climat peu favorable à la naissance de maladies.

§ 2. — De la syphilis chez le peuple Juif, les Grecs et les Romains.

L'idée que la syphilis pouvait exister de toute antiquité une fois émise, on ne manqua pas de fouiller jusque dans les livres saints pour y retrouver les traces de cette maladie, et la sagacité des érudits

(1) Trad. de Hessler, vol. II, cap. XIX, p. 124. — Voyez encore H. Friedberg, Virchow's Archiv fur pathologische Anatomie und Physiol., Bd. XX, Heft. 1 et 2, p. 251, 1864.

(2) *De morbi venerei curatione in India Orientali usitata.* Hafn., 1795. — Tode, *Journ. de médec.*, vol. II, livr. 2.

(3) Strabon, *Géogr.*, p. 1027 et 1037. — Voy. Ctésias, *Indic.*, 15. — Lucien, Macrob., c. IV. — Diod. Sic., XI, c. XL. — Pline, *Hist. nat.*, XVII, c. II.

put alors s'exercer au sujet de plusieurs passages de la Bible. Le premier de ces passages est relatif à la plaie de Baal Peor, qui faisait des ravages parmi les Juifs à cause de leur participation au culte de ce dieu ; mais à la vérité il est impossible de rien trouver (1) qui puisse donner sur les conditions pathogéniques de cette plaie une explication satisfaisante.

Les indications vagues du chap. XIII du Lévitique, bien qu'indiquant autre chose que la lèpre, ne sont cependant pas plus démonstratives. Les souffrances nocturnes de Job, les cicatrices et le pus qui couvraient sa peau ne peuvent davantage arrêter un critique sérieux. Peut-être y aurait-il lieu de se préoccuper un peu plus de ce passage de Philon (2) où il est dit que la circoncision a été ordonnée pour prévenir une maladie grave et difficile à guérir, nommée *Anthrax,* à laquelle étaient sujets ceux qui n'étaient pas circoncis, si quelque chose indiquait qu'il s'agit bien ici du chancre syphilitique.

Les médecins de l'antiquité grecque offrent dans leurs écrits peu de passages qui se rattachent d'une façon positive à l'histoire de la syphilis ; toutefois il serait peut-être possible de rapprocher de l'épidémie du quinzième siècle le fragment suivant de l'un des livres d'Hippocrate (3) :

« Beaucoup, dit le père de la médecine, eurent des aphthes et des ulcérations de la bouche. Fluxions fréquentes sur les parties génitales, ulcérations, tumeurs au dedans et au dehors, gonflements dans les aines. Ophthalmies humides, longues et douloureuses ; carnosités aux paupières en dedans et en dehors, qui firent perdre la vue à beaucoup de personnes, et que l'on nomme des *fics.* Les autres plaies et les parties génitales étaient aussi le siége de beaucoup de fongosités. Dans l'été, on vit un grand nombre d'anthrax et d'autres affections qu'on appelle septiques ; des éruptions pustuleuses étendues ; chez beaucoup, de grandes éruptions vésiculeuses. »

Les pratiques religieuses éclaircissent mieux, sans aucun doute, le point d'histoire qui nous occupe. Le mythe qui prit naissance à l'occasion de la transplantation du culte de Bacchus, et avec lui de celui du Phallus de l'Inde dans la Grèce, nous est en effet rapporté par Natalis Comes, d'une façon qui porte à croire que dès cette épo-

(1) Voy. chap. XV, v. 8, et chap. XXI, v. 16 et 17 des *Nombres.*
(2) Voy. Bosquillon, dans sa traduct. du *Traité* de Bell, t. II, p. 48.
(3) Œuvres : *des Épidémies,* liv. III, sect. III, § 7 ; édit. Littré, t. III, p. 85.

que les affections génitales étaient des plus sérieuses (1). Après avoir raconté que les Athéniens avaient négligé de rendre les honneurs aux images de Bacchus portées dans l'Attique par Pégase de Béotie, l'auteur ajoute : *Deus* (sc. Bacchus) *indignatus pudenda hominum morbo infestavit qui erat illis gravissimus.* Un autre mythe raconté par le même auteur (*Lib. cit.* p. 528), et relatif à l'introduction du culte de Priape dans Lampsacus, a une grande ressemblance avec le premier : Aphrodite ayant été rendue enceinte par Bacchus, pendant sa marche dans l'Inde, accouchait, à son retour à Lampsacus, de Priape; resté dans cette ville, celui-ci en fut exilé plus tard par les habitants dont il avait séduit les femmes. Les dieux, pour les punir, leur infligèrent *gravissimum pudendorum morbum*, dont ils ne purent se délivrer qu'en rappelant Priape. Il y a lieu de croire que ce mythe n'est venu qu'après coup, et que la malignité de la maladie fit inventer la colère du dieu et la guérison par l'intervention de ce même dieu apaisé. Les anciens, en effet, recouraient particulièrement aux dieux pour les pertes et autres maladies de cette nature. L'ex-voto suivant, tiré des Priapeia (2), montre avec évidence cette croyance en l'intervention de la divinité pour la curation des maladies vénériennes.

VOTI SOLUTIO.

Cur pictum memori sit in tabella
Membrum quæritis unde procreamur ?
Cum penis mihi forte læsus esset
Chirurgique manum miser timerem ,
Diis me legitimis, nimisque magnis
Ut Phœbo puta, filioque Phœbi
Curatum dare mentulam verebar,
Huic dixi : Fer opem, Priape, parti
Cujus tu pater ipse par videris :
Qua salva sine sectione facta, etc., etc.

Que le fait soit exact ou non, il n'est pas moins vrai qu'il établit la gravité des affections vénériennes dans l'antiquité, et qu'il indique autre chose que la simple blennorrhagie.

Chez les Romains, les affections des organes génitaux sont longuement mentionnées par les médecins. Celse, le plus ancien auteur de

(1) *Mythologiæ, sive explicationes fabularum*, lib. X, Francf., 1588 ; VIII, p. 478.

(2) *Priapeia sive diversorum poetarum in Priapum lusus*, etc., *illustrati comment.*, Casp. Scioppius, etc., Patavii, 1664, p. 45, Carmen XXXVII.

la médecine latine, leur consacre tout un chapitre au commencement duquel il établit ce fait important au point de vue qui nous occupe, à savoir qu'à son époque, médecins et malades ne parlaient qu'avec réserve des affections des parties honteuses : d'où on peut conclure que ces maladies étaient mal observées, et par conséquent mal connues. Ce n'est donc pas, dit Celse, une entreprise facile de traiter de ces maladies pour quiconque veut garder les règles de la bienséance sans s'écarter de celles de l'art (1)... Et plus loin, ce même auteur, décrivant la plupart des affections des parties génitales, ajoute que dans le phimosis, après avoir vaincu la résistance du prépuce, on aperçoit, lorsqu'il est abaissé, des ulcères situés ou à sa partie intérieure, ou au gland, ou à la verge, au delà du gland ; ces ulcères sont *nets et secs*, ou bien ils sont *humides et purulents* (*ulcera pura siccaque et ulcera humida et purulenta*). Or, qui ne voit dans cette division les deux variétés de chancre dur et de chancre mou admises de nos jours? Dans d'autres passages, il y a lieu de songer aux autres variétés de chancres serpigineux et phagédénique : « *si vero ulcus latius atque altius serpit... Occalescit etiam in cole interdum aliquid ; idque omni pene sensu caret.* » Ailleurs, il est question des ulcères de la bouche et du nez (2), des amygdales. Celse donne enfin une description abrégée de quatre espèces d'impétigo et de deux sortes de dartres dont quelques variétés pourraient très-bien être rattachées à notre sujet. Cependant, si l'ouvrage de Celse laissait encore du doute sur l'existence de ces affections consécutives, il ne pourrait en être ainsi du passage suivant d'Arétée (3) : « Chez quelques-uns, dit ce médecin, la luette est détruite jusqu'à l'os du palais, et les fauces jusqu'à la racine de la langue et de l'épiglotte. »

Lésions locales primitives et affections consécutives paraissent donc avoir été observées dès les premiers temps de la médecine latine. Les successeurs de Celse, il est vrai, ont peu ajouté sur la matière, mais ils ont du moins distingué à son exemple des *ulcères secs et purs* et des *ulcères humides et purulents* (4). Galien (5) et Aetius (6) font en

(1) *Traité de la médecine*, liv. VI, sect. XVIII, trad. française de Fouquier, p. 372.
(2) Lib. V, sect. XXVIII.
(3) *De causis et signis acutorum morborum*, lib. I, cap. VIII.
(4) Galien, *Méthod. méd.*, liv. V, chap. XV. — P. Agenitus, lib. III, 59. — Oribase, *Synops.*, IX, 37. — Marcellus Empiricus, cap. XXXIII.
(5) *Ibid.*, c. XX.
(6) *Tetrabiblos*, IV, Serm. II, cap. III.

outre mention, le premier du psoriasis scroti, sorte d'induration du scrotum compliquée de démangeaisons et quelquefois d'ulcères; le second de *pustulæ spontaneæ in pudendis,* accidents qui pourraient bien n'être que des manifestations secondaires.

Le sykos des Grecs ou ficus des Romains, qui, suivant Galien (1) et Oribase (2), est un tubercule ulcérant humide, de forme ronde, etc., présente une analogie d'autant plus manifeste avec nos plaques muqueuses qu'à Rome et à Alexandrie, on observait cet accident le plus souvent à l'anus chez les hommes accusés de pédérastie (3). Hippocrate, paraît-il (4), indiquait déjà cette affection sous le nom de kiôn, disant qu'elle répand une mauvaise odeur.

Plus rarement à la vérité on trouve, dans les écrits des anciens, des passages pouvant faire allusion aux accidents tertiaires. Plutarque cependant parle de la corrosion du tibia ; et Archigène (5) de douleurs particulières du périoste, lesquelles sont si profondes et si fixes, que le malade croit que les os eux-mêmes sont le siége de la douleur. Galien ajoute que ces douleurs s'appellent ordinairement *ostokopoi* (ostéocopes). — Dans un passage de Marcellus Empiricus (6), il est en outre question d'affections ulcéreuses et serpigineuses des tibias : *ulcera tibiarum quæ intrinsecus serpunt*, lesquelles ne paraissent appartenir à nulle autre maladie que la syphilis.

Nous bornons ici ces citations qu'il serait possible de rendre beaucoup plus nombreuses. Il résulte en tout cas de l'examen qui précède que les médecins grecs et latins connaissaient et distinguaient plusieurs ordres d'accidents locaux aux parties génitales, et on ne peut contester que quelques-uns d'entre eux (ulcères secs et humides) ne semblent répondre aux deux variétés chancreuses qui aujourd'hui occupent encore l'attention des médecins ; mais d'ailleurs, à cette époque, les accidents secondaires et tertiaires ne paraissent pas avoir fait défaut. Aux poëtes satiriques plutôt qu'aux médecins il appartenait de nous révéler la contagiosité des affections vénériennes de la Rome impériale. Les épigrammes de Martial sont sous ce rapport d'une richesse

(1) *Synops. med.*, lib. V, c. III. — Aetius, *loc. cit.*, IV, c. XIV.

(2) *Synops.*, lib. VII, c. XL. — Aetius, *loc. cit.*, et Paul Ægin., lib. III, c. III.

(3) Celse, VI, c. XVIII. — Aetius, *loc. cit.*, lib. II, c. III.

(4) *De natur. mulierum*, vol. II, p. 588. — *De morbis mulierum*, lib. II, vol. II, p. 879; citation de Rosembaum, p. 441. Halle, 1845.

(5) Galien, *de Locis affectis*, II, cap. VIII.

(6) *De medicamentis*, cap. XXXIV.

vraiment surprenante ; c'est au point qu'on se trouve embarrassé par le choix des citations. Le passage suivant où Martial dit que le débauché Nævolus a communiqué à un jeune esclave des accidents contagieux est des plus remarquables :

IN NÆVOLUM.

Mentula quum doleat puero, tibi, Nævole, culus,
Non sum divinus, sed scio *quid facias* (1).

Ailleurs la contagion des excroissances condylomateuses est également mise hors de doute dans une famille où tous les membres sont atteints d'un ulcère honteux :

DE FAMILIA FICOSA (MART.).

Ficosa est uxor, ficosus et ipse maritus,
Filia ficosa est, et gener atque nepos.
Nec dispensator, nec villicus, *ulcere turpi,*
Nec rigidus fossor, sed nec arator eget (2).

Martial signale en outre des accidents du côté de la bouche et de la gorge, chez les cinèdes, il indique de plus l'altération de la voix du fellator :

Qui recitat lana fauces et colla revinctus
Hic se posse loqui, posse tacere negat (3).

Dion Chrysostome (4), d'un autre côté, parle sans doute des modifications de la voix consécutives au vice vénérien lorsqu'il s'écrie : « On dit qu'Aphrodite, pour punir les femmes de Lesbos, leur a envoyé une maladie des aisselles ; eh bien, c'est ainsi que la colère divine a détruit le nez du plus grand nombre d'entre vous, et c'est de là qu'est venu ce son particulier. »

Que la mentagre et le morbus campanus, maladies fréquentes chez le peuple romain, aient été ou non la syphilis, la question est difficile à décider. Ce que l'on peut dire, c'est que le morbus campanus, affection toute particulière aux débauchés et qui laissait à sa suite de profondes cicatrices, n'est pas sans analogie avec notre syphilis, ainsi que l'établit le passage suivant d'Horace :

(1) *Epigram.*, lib. III, n. 71.
(2) *Ibid.*, lib. VII, 71.
(3) *Ibid.*, lib. VI, 41.
(4) *Orationes ex recensione J.-Jac. Reskii*, Lips., 1784, vol. II, orat. 33.

.... At illi *fœda cicatrix*
Setosam lævi frontem turpaverat oris.
Campanum in morbum, in faciem permulta jocatus
Pastores saltaret uti Cyclopa, rogabat (1).

CHAPITRE II

LA SYPHILIS AU MOYEN AGE.

Au moyen âge comme dans l'antiquité, la syphilis ne se trouve encore que sous forme de fragments séparés, qu'il faut chercher d'une part dans les altérations locales des organes génitaux, d'autre part dans des manifestations plus générales, décrites sous le nom de lèpre.

Les documents qui attestent l'existence de la syphilis à cette époque, quoique déjà nombreux, le seraient plus encore si on venait à dépouiller bon nombre de manuscrits jusqu'ici restés enfouis dans la poussière des bibliothèques. Déjà dans un de ces manuscrits à la date du neuvième siècle, Daremberg (2) est parvenu à découvrir un passage où la mention de la correspondance des maladies de l'anus avec celles des organes génitaux ne peut être mise en doute. Les ulcères des parties génitales ont surtout été bien décrits à cette époque, et par l'école arabiste (3) et par les médecins anglais, français et italiens.

Guillaume de Salicet (4), au treizième siècle, dans un livre remarquable, intitule l'un des chapitres : *De corruptionibus, quæ fiunt in virga et circa præputium propter coitum cum meretrice vel fœdo ;* Lanfranc de Milan (5), quelques années plus tard, parle d'excroissances du prépuce tantôt molles, tantôt dures, et il ajoute : « Ulcera veniunt ex pustulis calidis virgæ supervenientibus, quæ postea crepantur vel ex acutis humoribus locum ulcerantibus, vel ex commixtione cum fœda muliere, quæ cum ægro, talem habente morbum, de novo

(1) *Sat.*, lib. I, v.

(2) V. *Annales des maladies de la peau et de la syphilis*, t. IV, p. 275. Paris, 1851-1852.

(3) V. Albucasis, Rhasès, Avicenne, etc.

(4) *Chirurgia*, lib. I, cap. XLVIII, 1270.

(5) *Practica seu ars completa chirurgiæ*, tract. III, doct. II, c. II, et doct. III, c. II. *De ficu et cancro et ulcere in virga virili.*

coierat. » Néanmoins, c'est à Valescus de Tarente (1) que l'on doit la meilleure description des chancres à la fin du quatorzième siècle : « Ulcera et pustulæ fiunt in virga *quæ aliquando ratione malæ curæ et durationis fiunt cancrosæ* in tantum, quod aliquando perditur virga vel pars ejus, aliquando fiunt extra in pelle, aliquando ut plurimum intra : causæ possunt esse primitivæ... ut est coitus cum fœtida, vel immunda, vel *cancrosa muliere...* Vidi aliquos mori, quia tarde ad bonum pervenerunt medicum. *Virga enim erat circumdata toto ulcere cancroso cum duritie, et erat rotunda sicut unus napus, et homo erat jam discoloratus et semimortuus.*

Qui ne voit, dans ce passage, le chancre induré, le chancre véritablement syphilitique et non pas seulement le chancre mou ? L'existence de cet accident au moyen âge est donc peu contestable. Beaucoup d'autres auteurs de la même époque signalent ou décrivent les ulcères déterminés par un commerce impur, et dans lesquels il est encore possible de voir l'accident primitif de la syphilis, ou même certains accidents secondaires. Sous ce rapport Roger (2), Roland (3), Théodoric (4), Trotula (5), Arnauld de Villeneuve (6), Guy de Chauliac (7), Jean de Concorrége (8), Gaddesden (9), etc., méritent d'être consultés. Quelques poëtes lascifs comme Villon (10) et Pacificus Maximus (11) n'ont pas davantage oublié les accidents dont il s'agit. Quant aux affections consécutives, non-seulement elles existent, mais elles sont nettement indiquées par quelques médecins. C'est du moins ce que semble prouver un passage tiré d'un manuscrit qui, d'après Littré (12), auquel nous en devons la connaissance, remonterait au treizième siècle. Dans un livre sans date, écrit par Gérard du Berri (*Glossulæ Geraudi*), lequel se trouve cité par Bernard de Gordon,

(1) *Philonium*, lib. VI, cap. vi, fol. 156. Venetiis, 1502. Voy. de plus : P. d'Argelata, *Chirurg.*, lib. tract. XXX, cap. III. Venetiis, 1480.

(2) *Chirurgia*, tract. I, LVI, 65 (in *Collect. chirurg.* Venetiis, 1519).

(3) *Chirurg.*, lib. III, cap. XXXI, *ibid.*

(4) Lib. III, cap. XXXVIII, *ibid.*

(5) *Curand. Ægritud. muliebr. libell.* Leipsick, 1778.

(6) *Breviar.* II, 29, Opp. Lugdun., 1532, fol. 176.

(7) *Chirurg.*, tract. IV, doct. II, cap. VII.

(8) *Pract. nov. med.*, tract. IV, cap. v, Venet. 1515, fol. 640.

(9) *Rosa Anglica*, lib. II, cap. XVII.

(10) *Œuvres de Fr. Villon*, édit. Formey, 1742, p. 140.

(11) Célèbre poëte du quinzième siècle. Voir Sanchez, *Apparition de la maladie vénér.*, p. 110. — Les poésies de P. Maximus ont été publiées à Florence en 1489.

(12) *Gaz. méd. de Paris*, 1846, p. 931, note sur la syphilis au treizième siècle.

professeur à Montpellier, on trouve, dit Littré, dans un chapitre intitulé : *De ulceribus et apostematibus virgæ*, le précieux passage que voici : *Virga patitur a coitu cum mulieribus immundis de spermate corrupto vel ex humore venenoso in collo matricis recepto ; nam virga inficitur et* aliquando alterat totum corpus. Quoique court, ce dernier membre de phrase n'en est pas moins décisif ; après avoir signalé l'infection des organes génitaux, Gérard remarque que parfois survient l'infection générale du corps.

Les affections consécutives aux maladies des parties génitales paraissent d'ailleurs exister au moyen âge, mais c'est dans les manifestations lépreuses qu'il faut chercher pour les trouver. Contrairement à ce que l'on observe de nos jours, la lèpre, à cette époque, était en effet une maladie contagieuse, et par conséquent il y a lieu de croire qu'il y avait confusion entre elle et la syphilis. Les auteurs qui signalent la contagiosité de la lèpre sont nombreux (1). L'un d'eux, B. Gordon (2), raconte le fait curieux que voici : Une certaine comtesse qui avait la lèpre vint à Montpellier, et je fus appelé à la traiter sur la fin ; un bachelier en médecine, que j'avais mis auprès d'elle, eut le malheur de partager son lit; elle devint enceinte et lui lépreux. Philo Schoff (3) rapporte un fait du même genre; mais il y a plus, la lèpre peut provenir d'un coït impur (*lepra ex coitu cum fœda muliere*)..... *et provenit etiam* (*lepra*), dit Bernard de Gordon (*ibid.*), *ex nimia confibulatione cum qua jacuit leprosus.* Michel Scotus (4) fait mieux voir encore la liaison qui existe entre les affections des parties génitales et la lèpre de cette époque lorsqu'il écrit : *Si vero mulier fluxum patiatur et vir eam cognoscat, facile sibi virga vitiatur, ut patet in adolescentulis qui hoc ignorantes vitiantur* quandoque virga, quandoque lepra.

J. de Gaddesden nous apprend d'autre part qu'une femme qui a eu affaire avec un lépreux peut communiquer une affection aux parties génitales : *Ille qui concubuit cum muliere, cum qua coivit leprosus, puncturas inter carnem et corium* (*scil. virgæ*) *sentit, et aliquando calefactiones in toto corpore, et postea frigus et insomnietates, et circa faciem quasi formicas currentes.*

(1) Roger de Parme, Forestius, Paulmier, Valescus de Tarente, Thomas Gascoigne, etc.; V. Astruc, p. 77, t. I; trad. franç. de Louis.

(2) *Lilii Particula*, I, cap. XXII. Venetiis, 1496.

(3) *Libr. de Lepra.*

(4) *De procreatione hominis physionomia*, cap. VI, 1477. — Voir encore Manardi de Ferrare, *Epistolæ medicinales*, 1525. — Théodoric, *Chirurgia*, lib. VI, cap. LV.

Ainsi on peut croire que les accidents constitutionnels de la syphilis étaient, au moyen âge, confondus avec les accidents de la lèpre (1), maladie un peu de mode et qui couvrait de son nom un grand nombre d'affections. Cette manière de voir a d'ailleurs pour elle l'autorité d'auteurs éminents. Hensler conjecturait que la syphilis résultait d'une dégénérescence de la lèpre, et Sprengel partagea en partie ce sentiment; ils se fondaient l'un et l'autre non-seulement sur ce fait avéré que la constitution atmosphérique peut, dans certaines circonstances, et de temps en temps, altérer le caractère des maladies chroniques au point de leur faire prendre un aspect vraiment épidémique, mais encore sur ce que plusieurs des médecins qui ont écrit sur le *mal français* se sont accordés à le regarder comme l'ancienne lèpre (le saphati surtout), masquée sous une forme nouvelle et insolite. Cette opinion, du reste, paraît d'autant plus probable que l'époque d'apparition de l'épidémie du quinzième siècle est précisément celle où l'on vit l'éléphantiasis s'éteindre peu à peu en Europe. La lettre suivante, adressée en 1488 par Pierre Martyr (2) à son ami Arias Barbosa qui lui avait donné connaissance de sa maladie, non-seulement porte à penser que la syphilis existait avant 1495, mais elle montre de plus la parfaite analogie qui existe entre le mal français et l'éléphantiasis : Tu m'écris, dit-il, que tu es affecté d'une maladie particulière appelée *bubas* par les Espagnols, *galico* par les Italiens, éléphantiase par quelques médecins, et de diverses manières par d'autres. Tu dépeins avec une incomparable élégance ton malheur, tes pertes, la gêne de tes jointures, la faiblesse de tes ligaments, les douleurs atroces des articulations, et enfin les ulcères et la fétidité de ton haleine. Je te plains, cher Arias, etc. — *Giennio in nonis Aprilis*, 1488.

De ces documents il résulte donc que les médecins du moyen âge, comme ceux de l'antiquité, connaissaient les manifestations de la syphilis, mais non la syphilis elle-même. Le lien qui lie l'accident pri-

(1) Dans la *Pratique* de Me Pierre Bocellin de Belley, en Savoie, *Sur la matière de la contagieuse et infective maladie de lèpre*, Lyon, 1540, cap. II, on lit : Valescus de Tarente, Guy de Chauliac, Discus florentin, assignent trois causes de lèpre. La primitive est double, c'est à savoir qu'elle est introduite au ventre de la mère, engendrée au temps des menstrues ou qu'elle provient du *sperme* d'un lépreux... L'hérédité est une autre cause. Il y est question, en outre, de l'enrouement de la voix, du nasonnement et de la fétidité de l'haleine.

(2) *Opus Epistolar.* Petr. Martyris Anglerii Medianolensis, Amstelodami, typis Elzevir., 1670, in-fol. 2 col., liv. I, chap. LXVIII, p. 34. La première édition de ces lettres, aujourd'hui rare, parut à Alcala de Henarez en 1530.

mitif aux affections consécutives avait échappé. Doit-on s'en étonner quand, depuis peu d'années seulement, nous connaissons la relation qui unit les lésions primitives et secondaires aux affections viscérales jusque-là décrites et traitées sous le nom de cirrhose, de ramollissement du cerveau, etc. ?

Le progrès accompli dans ces derniers temps, nous allons le voir s'effectuer tout à coup, en ce qui concerne les accidents secondaires. A partir de ce moment, la conception nosologique de la syphilis aura pris naissance.

CHAPITRE III

ÉPIDÉMIE SYPHILITIQUE DE LA FIN DU QUINZIÈME SIÈCLE. — SYPHILIS DE LA RENAISSANCE.

La plupart des médecins et des historiens de la fin du quinzième siècle s'accordent pour signaler l'apparition d'une maladie nouvelle ; toutefois ils ne s'entendent ni sur la date ni sur le lieu de sa naissance. Au rapport de Fulgosi (1), deux ans avant l'expédition des Français contre les Napolitains, en 1492 par conséquent, le monde fut assailli d'une maladie nouvelle. Pomarus (2) témoigne de l'apparition de cette maladie dans la Saxe, en 1493.

On lit dans Sprengel (3) : « Au commencement de l'été 1493, cette maladie (nouvelle) était déjà en Auvergne, et, à la même époque, en Lombardie. Dans l'été de 1493, elle se manifesta à Halle, dans la marche de Brandebourg, à Brunswick et dans le Mecklembourg. » Sciphover (4) rapporte qu'elle éclata en 1494 dans la Westphalie, d'où elle ne tarda pas à se répandre sur les côtes de la mer Baltique, en Poméranie et en Prusse. Suivant Linturius (5), elle se manifesta, en 1494, sur les bords du Rhin, en Souabe, en Franconie et en Bavière. Un arrêt du Parlement de Paris, rendu en 1496, prescrit différentes mesures à prendre contre une certaine maladie nommée la *grosse*

(1) *De dictis factisque memorabilibus collect.* Milan, 1509.
(2) *Chronica der Sachsen und Niedersachsen*, t. II, 1496.
(3) *Essai d'une histoire de la Médec.*, trad. franç. Paris, 1810, t. II, p. 564.
(4) *Chronica Archicomit. Oldenburg*, dans Meibomius, *Script. rerum German.*, t. II, p. 188.
(5) *Append. ad fascicul. tempor.* dans Pistorius, *Script. rerum German.*, t. II, p. 106, 108, 110.

vérole, qui, depuis *deux ans en çà, a eu grand cours dans ce royaume.* Pintor (1), enfin, raconte, selon Chinchilla, que l'épidémie de syphilis éclata à Rome, au mois de mars 1494, après l'entrée du soleil dans *Aries*.

La maladie dont il s'agit, regardée comme une maladie nouvelle, régnait donc et même se trouvait répandue dans la plus grande partie de l'Europe, avant l'année 1495. Si c'est là un fait positif, est-il encore besoin de disputer sur l'*origine américaine* de la syphilis? D'un autre côté, peut-on accuser les Français d'avoir apporté ce mal en Italie, lorsque Charles VIII ne partit de Vienne, en Dauphiné, que le 23 août de l'année 1494? En aucune façon. Il faut reconnaître néanmoins que c'est au siége de Naples, surtout, que la maladie nouvelle trouva des conditions favorables à son accroissement, car, à partir de ce moment, elle prit une extension qu'elle n'avait pas jusque-là.

Sabellicus (2) raconte qu'un nouveau genre de maladie commença à se répandre par toute l'Italie vers la première descente des Français, c'est-à-dire en 1495; — et, pour ce motif probablement, on l'appela *mal français.* — Après divers tourments, le corps était infesté de pustules qui dégénéraient en ulcères malins, le défiguraient excessivement. Peu de gens en mouraient, eu égard au grand nombre de malades; mais beaucoup moins de malades en guérirent, et non-seulement l'Italie fut affligée de ce fléau, mais encore l'Allemagne, la Dalmatie et toutes les contrées de la Macédoine et de la Grèce. Presque la vingtième partie des hommes éprouva les atteintes de ce mal.

Les médecins, d'accord avec les historiens, admettent également qu'une maladie nouvelle se répandit en Italie, ou même dans d'autres pays, à l'époque où les Français vinrent faire le siége de Naples (3).

(1) Rengifo, thèse de Paris, 1863. — Voy. encore, sur l'apparition de la maladie à Rome: Steph. Infessura, *Diarium urbis Romæ*, dans Eccard, *Corpus histor. med.*, t. II, p. 2012. — Delphini *Epistol.*, lib. XII, in-fol.; Bucchardi *Diar. curiæ romanæ sub Alexandro VI*, dans Eccard, *loc. cit.*, t. II, p. 2017. Sarrazini observe que la peste (mot consacré) régnait à Ancône dans le courant de la même année 1494, *Notizie istor. del. cit. Ancona.* Rome, 1675, in-fol.

(2) M. Coccius Sabellicus, *Rhapsod.*, *Enn.*, X, lib. IX. Venetiis, in-fol., 1502, Paris, 1509.— Voy. encore Guichardin, livre II de son *Histoire;* J. de Boudigné, *Thèse agrégative des annales et chroniques de l'Anjou*, Paris, 1529, part. III, p. 1801.

(3) Voy. Joseph Grundbeck ou Grundpeck, *De pestilentia scorra sive mala de Frantzos;* Alexandre Benoît, de Vérone, attaché en qualité de médecin à l'armée vénitienne défaite à Fornoue; Coradin Gilini, *Opusculum de morbo gallico;* Barthélemi Montagnana, le jeune, de Padoue (conseil médical à Pierre Zeno); Nicolas Leoniceno de Vicence (*De morbo gallico*, 1497); Gaspard Torella, *De dolore in pudendagra*, 1500); Antonio Benivenio (*De abditis rerum causis.* Florence, 1507); Wen-

Les nombreux documents qu'ils ont laissés de cette grande épidémie ont servi à Fracastor pour tracer de ce mal une peinture fidèle, principalement calquée sur les descriptions de Grundbeck, Leoniceno, 1497; Gaspard Torella, 1500; Jacques Catanée, 1505; J. Almenar, 1510, et beaucoup d'autres contemporains. Le tableau qui nous vient de Fracastor mérite d'être rapporté; il donne une connaissance exacte de la syphilis à cette époque. « Chez quelques-uns, dit ce médecin (1), le mal commençait sans contagion; chez d'autres, et c'était le plus grand nombre, il était transmis par contagion. Toute espèce de contact ne suffisait pas pour lui donner naissance; il fallait pour cela que deux corps se fussent échauffés ensemble, ce qui arrive notamment dans le coït. C'est aussi par le coït que la plupart furent infectés. Cependant bon nombre d'enfants contractaient la maladie en tetant leurs mères, ou bien leurs nourrices infectées. Le mal ne se transmettait pas à distance : il ne se manifestait pas tout d'abord, mais quelquefois au bout d'un mois, ou de deux, ou même de quatre; toutefois, certains signes annonçaient déjà que le mal existait en germe. »

« Les malades étaient tristes, las et abattus; ils avaient le visage pâle; il venait à la plupart des chancres aux parties honteuses; ulcères semblables à ceux qui ont coutume de se développer dans ces organes à la suite du coït, et qu'on appelle caries, mais d'une nature bien différente; ils étaient opiniâtres. Quand on les avait guéris dans un endroit, ils paraissaient dans un autre, et c'était toujours à recommencer. Il s'élevait ensuite, sur la peau, des pustules avec croûtes; elles commençaient dans les uns par attaquer la tête, et c'était le plus ordinaire; dans les autres, elles paraissaient ailleurs. D'abord, elles étaient petites; ensuite elles augmentaient peu à peu jusqu'à la grosseur d'une coque de gland dont elles avaient la figure, d'ailleurs assez semblables aux croûtes de lait des enfants. Dans quelques cas, ces pustules étaient petites et sèches. Chez d'autres, elles étaient grosses et humides; chez les uns livides; chez les autres blanchâtres et un peu pâles; dans d'autres dures et rougeâtres. Elles s'ouvraient toujours au bout de quelques jours, et rendaient continuellement une quantité

delin Hock de Brackenaw, *De morbo gallico*, cap. I; Jacq. Catanée, *De morbo gallico*; Pierre Tropolinus, *Traité de la vérole*; Jean de Vigo, *Pratique de chirurgie*, liv. V, ch. I, et beaucoup d'autres auteurs que mentionne Astruc, *loc. cit.*, p. 113 et 122.

(1) Fracastor, *De morbis contagiosis*. Venetiis, 1546, lib. II, cap. I.

incroyable d'une liqueur puante et vilaine dès qu'elles étaient ouvertes; c'étaient autant de vrais ulcères phagédéniques, qui consumaient, non-seulement les chairs, mais même les os. Ceux dont les parties supérieures étaient attaquées avaient des fluxions malignes qui rongeaient tantôt le palais, tantôt le gosier, tantôt la trachée-artère, tantôt les amygdales; quelques-uns perdaient les lèvres, d'autres le nez, d'autres toutes les parties honteuses; il venait à un grand nombre, dans les membres, des tumeurs gommeuses qui les défiguraient et qui étaient souvent de la grosseur d'un œuf ou d'un petit pain; quand elles s'ouvraient, il en sortait une liqueur blanche et mucilagineuse. Elles attaquaient principalement les bras et les jambes; quelquefois elles demeuraient calleuses jusqu'à la mort.

« Mais, comme si cela n'eût pas suffi, il survenait encore dans les membres de grandes douleurs, souvent en même temps que les pustules; quelquefois plus tôt, et d'autres fois plus tard. Ces douleurs, qui étaient longues et insupportables, se faisaient sentir principalement dans la nuit, et n'occupaient pas proprement les articulations, mais le corps des membres et les nerfs; quelques-uns néanmoins avaient des pustules sans douleurs, d'autres des douleurs sans pustules; la plupart avaient des pustules et des douleurs. Cependant tous les membres étaient dans un état de langueur; les malades étaient maigres et défaits, sans appétit, ne dormaient point, étaient toujours tristes et de mauvaise humeur, et voulaient toujours demeurer couchés. Le visage et les jambes leur enflaient; une petite fièvre se mettait quelquefois de la partie, mais rarement. Quelques-uns souffraient des douleurs de tête, mais des douleurs longues et qui ne cédaient à aucun remède. Si on tirait du sang, on le trouvait pur et un peu muqueux; l'urine était épaisse et rouge; à ce seul signe survenu en l'absence de la fièvre, on pouvait reconnaître la maladie; les selles étaient liquides, muqueuses et sèches.

« Tels étaient les symptômes de la maladie à son origine; mais je parle d'autrefois, car aujourd'hui, quoique la maladie soit encore en règne, elle paraît néanmoins différer de ce qu'elle était alors. On voit, depuis environ vingt ans, moins de pustules et plus de tumeurs gommeuses, tout au contraire des premières années. Les pustules, lorsqu'il en paraît, sont plus sèches, et les douleurs, lorsqu'il en survient, plus cruelles. Depuis environ six ans, la maladie a encore notablement changé; on ne voit maintenant de pustules que chez très-peu de

malades; presque point de douleurs, ou des douleurs bien plus légères, mais beaucoup de tumeurs gommeuses.

« Une chose qui a étonné tout le monde, c'est la chute des cheveux et des autres poils du corps, cela donne un air ridicule; les uns n'ont point de barbe, les autres point de sourcils, les autres ont la tête chauve : d'abord, on attribuait cet accident aux remèdes, surtout au mercure, même quand on a été mieux instruit; il arrive maintenant encore pis; les dents branlent à plusieurs et tombent même à quelques-uns. »

Tel est avec des couleurs un peu sombres peut-être, le tableau que nous a laissé Fracastor, de cette fameuse épidémie, qui déjà, à l'époque où écrivait cet auteur, avait beaucoup perdu de son intensité. Comme Fracastor, Guichardin et Ulrich de Hutten s'accordent à reconnaître l'adoucissement de la maladie vénérienne, il semblerait même d'après leur rapport que cette maladie ne conserva pas son caractère pestilentiel au delà de sept ans.

La plupart des syphilographes du seizième siècle sont d'ailleurs unanimes pour constater la période de décroissance de la syphilis. Vidus Vidius (1), Ant. Musa Brassavole (2), François Lopez de Gomora (3), G. Fallope (4), Bernardin Tomitano (5), Levinus Lemnius (6), Alex. Trajan Petronio (7), Mercurial (8), Laurent Joubert (9), Jean Varandé (10), André Césalpin (11), Épiphane Ferdinand (12), Alexandre Déodat (13), J.-S. Velschius (14), J. Winell (15), Thomas Syden-

(1) *Curation des maladies en général*, sect. II, liv. III. Florence, 1594; Francfort, 1596, in-fol.

(2) *Tractatus de usu radicis chinæ*, etc., in Aloysi Luisini *De morbo gall.* etc. Venise, 1566, 1567.

(3) *Histoire générale des Indes*, 1553.

(4) *De morbo gallico tractatus*. Padoue, 1584, in-4°; Venise, 1585, in-8°.

(5) *De morbo gallico*, liv. II, p. 2.

(6) *De occultis naturæ miraculis libri duo*, lib. II, cap. IV. Anvers, 1559, in-12. trad. franç., Paris, 1567, in-8°.

(7) *Traité de la vérole*, liv. II, chap. XXII.

(8) *Traité de la vérole*, chap. II, citation de Astruc, p. 357.

(9) *De vairola magna sive crassa*, cap. III, et *Erreurs populaires*, etc. Bordeaux, 1570, in-8°.

(10) *Tractatus de lue venerea et hepatide*. Genève, 1620, in-8°; Lyon, 1658, in-fol.

(11) *Praxis universæ artis medicæ*. Trévise, 1606, in-8°.

(12) *Centum historiæ seu observ. et casus medici* (obs. 17.). Venetiis, 1621, in-fol.

(13) *Valetudinarium*. Leyde, 1660.

(14) *Recueil de curations et d'observations médicales*, obs. 175, cité par Astruc.

(15) *Traité de la vérole*, cité par Astruc.

ham (1), Jean Deveaux (2), portent ce témoignage que vers le milieu ou tout au moins vers la fin du seizième siècle, la forme épidémique de la syphilis avait disparu, et cela principalement dans les lieux de sa plus grande intensité.

Nous connaissons maintenant les diverses phases de la grande épidémie du quinzième siècle, telles que les ont racontées les contemporains. Que cette épidémie soit de nature syphilitique, le fait est peu contestable ; certains auteurs pourtant ont voulu y voir des affections diversement combinées, d'autres lui ont refusé une origine spécifique et ont pensé qu'il s'agissait d'une maladie toute différente, le typhus (Cazenave), la morve, le farcin (Ricord, Beau, etc.).

Il n'entre pas dans notre plan d'examiner ces diverses opinions, le meilleur moyen de les réduire à néant est de prouver que l'épidémie du quinzième siècle n'est pas unique dans son genre, et que depuis cette époque on a pu observer plusieurs endémo-épidémies, évidemment syphilitiques, ou du moins très-analogues à cette épidémie.

L'étude comparative de ces endémo-épidémies, qui, sous tous les rapports, font partie du domaine historique de la syphilis, se place donc ici tout naturellement. Leur rapprochement, du reste, permettra de mieux saisir les ressemblances de chacune d'elles. La description topographique qui viendra ensuite, en montrant que, même à notre époque, lorsqu'elle vient à se développer dans des conditions spéciales, la syphilis revêt un cachet de malignité tout particulier, mettra beaucoup mieux en évidence la similitude des caractères entre l'épidémie du quinzième siècle, celles qui l'ont suivie et certains cas de syphilis de nos jours.

CHAPITRE IV

ENDÉMO-ÉPIDÉMIES SYPHILITIQUES POSTÉRIEURES A CELLE DU QUINZIÈME SIÈCLE.

Dépossédée de son caractère épidémique dès avant le milieu du seizième siècle, la syphilis, répandue sur une grande partie de la sur-

(1) *Epist. secunda responsoria, de lue venerea.* Londres, 1680, in-8°.

(2) Notes ajoutées à la traduction française du traité latin de Charles Musitan, *Sur le mal vénérien*, chap. IV, liv. I. Trévoux, 1711.

face du globe, continue de régner avec une intensité médiocre et sous une forme simple et bénigne. Dans certaines circonstances, cependant, on la voit tout à coup s'étendre à un grand nombre de personnes et prendre une plus grande acuïté. C'est ainsi qu'elle apparaît en 1578, à Brünn, en Moravie, dans une localité où les paysans sont très-adonnés à la bonne chère et à l'eau-de-vie.

§ I. — Maladie de Brünn (1).

Cette épidémie, sans être meurtrière, avait les symptômes les plus alarmants. En moins de deux à trois mois, 180 personnes subirent ses atteintes dans la ville ou les faubourgs, et un grand nombre de gens de la campagne furent également affectés. La cause en fut attribuée aux eaux des bains, les habitants ayant l'habitude un certain jour de se baigner et de se faire appliquer des ventouses scarifiées, et l'on crut qu'elle avait commencé le jour de Sainte-Luce, fête célébrée avec pompe dans la ville. On remarqua que ceux qui ce jour-là avaient pris des bains et s'étaient fait appliquer des ventouses l'avaient contractée. Cependant elle ne se développa que huit ou quinze jours et même un mois après cette époque. Le sénat fit fermer le local des bains, et la maladie, s'étant atténuée durant l'hiver, disparut vers l'équinoxe du printemps.

Après quelque temps d'une lassitude inaccoutumée, survenaient une inflammation et des ulcères sanieux sur les parties mêmes où avait eu lieu l'application des ventouses. Ce qu'il y avait de singulier, c'est que, malgré le grand nombre de ventouses appliquées, une ou deux seulement devenaient le siége d'ulcérations. Le corps tout entier chez quelques-uns se couvrait ensuite de pustules qui rendaient le visage difforme et horrible. Dans le progrès de la maladie survenaient à la tête des callosités, qui, en s'ouvrant, rendaient une humeur visqueuse comme la térébenthine. Alors se faisaient sentir des douleurs très-aiguës aux bras, aux épaules, aux membres inférieurs et surtout aux tibias, là où ces os ne sont recouverts que par le périoste. Les douleurs s'exaspéraient la nuit et diminuaient le matin. Alors il y avait prostration des forces, stupidité et même aberration mentale. Une hu-

(1) Thomas Jordan, *Brunno Gallici seu Luis novæ in Moravia exortæ descriptio.* Francfort, 1578, 1580. — Sporisch, *Idea Medici*, etc. Francfort, 1582. — Crato, in Scholz *epistol.*, Hanovre, 1610, 242. — Ozanam, *Hist. méd. des épidémies*, t. V, p. 277. Paris et Lyon, 1823. — Jeitteles. Prag, Vierteljahrsschrift LXXIX, p. 49.

meur fétide distillait des narines, l'appétit se perdait et les malades recherchaient la solitude. Les amers, la décoction de gayac, le turbith minéral furent les principaux médicaments employés ; on pansa les ulcères avec l'onguent mercuriel.

§ 2. — Pian, Yaws, Frambœsia.

Hans Sloane, Voyage aux îles de Madère, la Barbade, Saint-Christophe, la Jamaïque, etc. Londres, 1705, 1725. — Bontius, Medicina Indorum, cap. xix. Lugduni Batavorum, 1718, 94. — Labat, Nouveau voyage en Amérique, 1722, 6 vol. in-12, 10, 358. — Winterbottom, Account of the nat. Africans of Sierra Leone, vol. II, ch. viii, 1742. — John Hume, A description of the African distemper called the yaws, etc. Med. Essays and Obs. by a Society in Edinburg, vol. V, post. II, p. 87, 1742. — Dazille, Observations sur les maladies des nègres, 2 vol. in-8°. Paris, 1742. — Allamand, in Nov. act. natur. curios. Academ. Leopold IV, 88, 1742. — Hillary, Observations on the changes of the air and the concomitant epidemical diseases in the island of Barbadoes. Londres, 1759, in-8°. — Desportes, Histoire des maladies de Saint-Domingue. Paris, 1770, II, 61, 65. — Bancroft, An essay on the nat. hist. of Guiana, in-8°. Londres, 1767. — Schilling, Diatribe de morbo yaws dicto. Utrecht, 1770, in Schlegel Thesauro, II, part. I, 217. — Boyle, Account of the west coast of Africa, 387, 1773. — Jacq. Bruce, Travels to the sources of the Nile, III, 36, 1773. Traduct. franç. par Castera, 1790, 5 vol. in-4°. — Arthaud, Traité des pians au Cap-Français, in-4°, 1776. — Bajon, Mémoire pour servir à l'histoire de Cayenne et de la Guyane. Paris, 1777, 1778. — Peyrilhe, Précis théor. et pratique sur le pian et la maladie d'Amboine. Paris, 1783. — Swediaur, Practic. observ. on venereal complaints. Edinb. 1788, p. 248. — Ludford, Dissert. de Framboësia. Edinburg, 1791. — Nissaeus, Spec. de nonnull. in colon. Surinam. observ. morbis. Harderov, 1791. — Hunter, Remarques sur les maladies des troupes anglaises dans la Jamaïque, trad. allemande. Leipzig, 1792, 229. — Rodschied, Med. und chirurg. Bemerkung. über Rio Essequebo. Francfort, 1796, 226. — Sprengel (K.), Beiträge zur Geschichte der Arzeneikunde. Halle, 1796, vol. I, fasc. III. Cet auteur s'attache à séparer le yaws du pian. — Kunsemuller, Spec. de morbo yaws, etc. Halle, 1797. — Camper, Traité pratique des maladies des pays chauds, 1802 ; Savaresy, De la fièvre jaune, etc. Naples, 1809, 92. — Corneiro, in Rivist. med. flumin., 1835, n° 3, et 1836, n° 23. — Mason, in Edinburg med. and surg. Journal, XXXV, 52, 1831. — Rankine, *ibid.*, XXVII, 283. — Maxwell, Observations on yaws, etc. Edinburg, 1839. — Levacher, Guide méd. des Antilles, etc., 2e édition. Paris, 1840, 278. — J. Thomson, Observat. and Experim. on the nature of the morbid poison called yaws, etc. In Edinburgh med. and surg. Journ., 1819, t. XV, 321, et 1822, t. XVIII, 32. — Waitz, On diseases incident to children in hot climates. Bonn, 1843,

282. — Fox, in Wilkes Narrative of the U. S. Explor. Exped. Philad. 1845, III, 316. — Ferrier, in Répertoire général d'Anatomie et de Physiologie pathologique, IV, 170, 18. — Baudoin, Gazette médicale de Paris. — Furnari, Voyage médical dans l'Afrique méridionale. Paris, 1845. — Bryson, Report on the climate and diseases of the African station. Londres, 1847, p. 260. — Duncan, Travels in Western Africa. Londres, 1847, II, p. 96. — Pruner, Die Krankheiten des Orients. Erlangen, 1847, p. 174. — Rendu, Étude topographique et médicale sur le Brésil. Paris, 1848. — Heymann, Darstellung der Krankheiten in den Tropenlandern, p. 219. — Lemprière, in Pinkerton Collect. of voyag. XV, 689. — Löffler, in Beiträge zur Arzneiwissenschaft, etc. I. — Nielen, Verhandel. der Weese ch., etc. Haarlem, XIX, 135. — Oviedo, Hist. gener. y natural de las Indias, lib. II, cap. 13, 14. Tolède, 1535. — Paulet, in Arch. génér. de médecine, août 1848, p. 385. — Ritchie, in Monthly Journ. of med., mai 1852. — Guyon, Recueil de mém. de méd. militaire, XXIX, 159, et Gaz. médicale de Paris, 446, 1853. — Dumontier, in Nederlandsch Lancet. Septembre 1855. — Gomez, in Mémoires de l'Académie des Sciences de Lisbonne, IV, 1. — Rochoux, in Journal de Physiologie, n° 4. — Sigaud, Du climat et des maladies du Brésil, etc., 117-375, et Ann. des malad. de la peau, t. II, p. 83. Paris, 1846.

Les noms de yaws, pian, framboesia servent à désigner, dans des contrées différentes, une maladie dont l'unité, malgré quelques opinions divergentes, est aujourd'hui généralement reconnue, et qui, de même que l'épidémie précédente, paraît rentrer dans le domaine de la syphilis. Signalée dès le dixième siècle par les médecins arabes, qui lui donnaient le nom de Sahafati (1), cette maladie, qui sévit principalement sur la race nègre, n'a été réellement l'objet d'une étude sérieuse que depuis les observations de Pison (2).

Elle se rencontre depuis la rive gauche du Sénégal jusqu'au cap Negro, dans la Sénégambie, le Congo, la Sierra-Leone, la Nigritie, et dans la plupart des colonies où l'on transporte les nègres, surtout au sud des Etats de l'Union, dans les Antilles, à Cuba, au Mexique et dans toute l'Amérique méridionale. On l'observe de plus sur les Indiens de l'Amérique du Sud et des Antilles, plus rarement chez les mulâtres, les créoles et les peuples colorés du nord et de l'est de l'Amérique, moins fréquemment encore chez les blancs.

Le yaws débute par un état de langueur et de faiblesse, par des douleurs dans les articulations, de la fièvre parfois, surtout chez les

(1) Théodoric, lib. VIII, cap. XVIII. Venetiis, 1492, 57. Hirsch, *Geogr. Path.*, p. 784.
(2) Pison, *De medicina Brasiliensi*, lib. II, cap. XIX, 1648, in-fol.

enfants; le pian s'annonce en général par les mêmes symptômes. Apparaissent ensuite aux diverses régions du corps, dans le pian, de petits boutons rouges, dans le yaws, des papules et des pustules qui bientôt se couvrent de croûtes irrégulières, au-dessous desquelles existent des ulcères plus ou moins étendus. Ces ulcères, qui coexistent avec des tubercules ordinaires volumineux et qui ont valu à la maladie le nom de yaws, sont quelquefois élevés, saignant au moindre attouchement, et suivis d'une cicatrice. A la suite du pian, on observe, entre autres lésions, le *mal des os* caractérisé par des douleurs ostéocopes ambulantes, par des exostoses, etc.

Ces différents symptômes et beaucoup d'autres qu'il serait trop long de mentionner, comme on voit, ne manquent pas d'analogie avec ceux de la syphilis; mais ce qui prouve, avant tout, l'identité de nature de ces états morbides et la nécessité de leur fusion, c'est leur mode de propagation.

Comme la syphilis, le pian est contagieux. Plusieurs enfants nègres ayant été transportés d'un lieu élevé dans une plantation de sucre où ils furent confondus avec d'autres enfants dont ils partageaient les repas, trois d'entre eux furent pris, sept semaines plus tard, de fièvre, de malaise et d'une éruption généralisée, les autres tombèrent malades au bout de dix semaines, et tous furent rétablis à la fin du huitième mois (Thomson).

J'ai renfermé, dit Paulet, dans un lieu que personne n'approchait, douze enfants nés de parents malades; leurs nourrices n'avaient point de pian, leur santé était remarquablement belle, et cependant à trois, à quatre, à sept mois ces enfants ont eu le pian, et quelque temps après, dans l'espace de deux à six mois, les nourrices ont aussi été affectées. Ce fait prouve non-seulement la contagion, mais encore l'hérédité du pian. Trente nègres adultes m'ont offert, ajoute le même auteur, une belle éruption, vingt-cinq à cinquante jours après avoir eu des rapports avec des négresses que j'avais visitées, et sur lesquelles j'avais constaté des tubercules au ventre, à la poitrine et à la partie interne des cuisses.

Le pian, de plus, est transmissible par inoculation, ainsi que l'ont prouvé les expériences de Thomson et de Paulet. Un enfant fut inoculé par cinq piqûres avec la matière tirée des pustules dont on avait enlevé les croûtes. Trois de ces piqûres guérirent; les deux autres, après avoir eu, pendant trois semaines, l'apparence de légères écorchures,

se changèrent en petits ulcères qui devinrent bientôt sordides et inégaux. Sept semaines après l'insertion, il se développa de nombreuses pustules sur le front, puis sur le reste du corps, et la maladie dura en tout neuf mois. Une jeune négresse qui avait été inoculée de la variole fournit la matière qui servit à l'inoculation d'un autre enfant. A peine l'insertion était-elle faite que la jeune fille accusa qu'elle était affectée de yaws...; le sujet inoculé eut une variole bénigne; mais au bout de deux mois, le yaws se déclara et suivit sa marche ordinaire. Cependant le sang inoculé dans deux cas ne produisit aucun accident (Thomson).

Hunter, dans son Traité des maladies vénériennes, relate le fait d'une inoculation accidentelle opérée sur un médecin.

Paulet écrit : « J'ai pratiqué à la partie interne de la cuisse de quatre sujets sains, avec une lancette trempée dans du fluide pianique, plusieurs piqûres. Elles n'ont donné naissance à aucun symptôme dans le lieu où l'instrument avait agi; mais douze à vingt jours après, il s'était opéré sur le front, le menton, les bras, le ventre une éruption caractéristique. Dans six autres essais, l'éruption a commencé à l'endroit piqué, et s'est développée comme dans les cas précédents. » Pendant quelques minutes, ajoute le même observateur, deux jours de suite, j'ai fait des frictions sur la partie interne du bras de trois jeunes gens de dix-sept ans, en parfaite santé, avec un plumasseau imbibé de fluide, et au vingtième jour la transmission était manifeste. Ainsi, le fait ne peut être contesté, le pian se transmet par l'inoculation directe, par l'application de la matière pianique sur une portion excoriée de la peau; il se transmet, en outre, par le rapprochement sexuel, par l'allaitement, au moyen des ustensiles de ménage, sans doute encore par d'autres voies (inoculation de la variole). C'est une maladie héréditaire qui se développe chez les enfants à trois, quatre ou sept mois. L'opinion généralement répandue est qu'on ne le contracte qu'une seule fois (Nielen, Peyrilhe, Rankine, Levacher, Hillary, Hunter, Savaresy, Paulet, Bajon, Segond, Dumontier, Thomson). A tous ces points de vue, par conséquent, le pian ne diffère pas de la syphilis ; mais le traitement vient encore aider au rapprochement de ces maladies, puisque les agents thérapeutiques qui réussissent dans cette dernière sont aussi ceux qui conviennent le mieux pour combattre la première.

§ 3. — Sibbens d'Écosse (1).

Le sibbens ou siwens, maladie particulière à la région occidentale de l'Écosse, et particulièrement aux comtés de Galloway et Dumfries, Wigton, Ayr, etc., a commencé à être observé vers la fin du dix-septième siècle (1694), époque à laquelle, selon quelques auteurs, il aurait été apporté par des soldats de Cromwell. C'est une affection héréditaire et contagieuse, qui se communique par l'usage des vases, des serviettes, par l'allaitement, par le coucher avec un malade, et par le coït (Wills, Swediaur). Elle se manifeste par des bubons, des nodus, des ulcères, occupant de préférence la gorge, la bouche, les parties génitales et anales, par des altérations des os qui, de même que les précédentes affections, guérissent par le mercure. Mais ce qui caractérise surtout cette maladie et la rapproche de la syphilis du quinzième siècle et des pians ou yaws, ce sont des excroissances spongieuses ou fongueuses qui viennent à la peau, partout où il y a la moindre tache, écorchure ou ulcère. De la ressemblance de ces excroissances avec le fruit du framboisier sauvage du pays, nommé dans la langue celtique swin, provient la dénomination de swinn, sibbens ou siwens, qui a été donnée à cette maladie, aujourd'hui en voie de décroissance, si elle n'a complètement disparu.

§ 4. — Radesyge de Suède et de Norwége.

Arbo, Afhandl. om Radesygen. Kjobenh. 1792. — Mangor Unterrett. om Radesygenskjendetega, etc. Kjob. 1793. Ces deux ouvrages ont été traduits en allemand par Hensler. Altona, 1797. — Möller in Tode's Journal V, Heft 1. Munk., *ibid.* — Sammandrag of Berattelser..... om vener. sjukdom, etc. Stockh., 1813. — Boecker, in Edinb. med. and surg. J. V, 420. Cederschjold, Inledn. till. en narmäre Känned., etc. Stockholm, 1814. Charlton, in Edinb. med. and surg. J. XLVIII, 101. — Pfefferkorn, Ueber die norw. Radesig. und Spedalskhed, Altona, 1797. — Mülertz, Bidrag til Oplisning om radesygens Natur og Laegemaade. Kopenhage, 1799. — Ahlander,

(1) B. Bell, *Traité des maladies vénériennes;* trad. de Bosquillon. Paris, 1802. — Blair, Miscell. Observat., in *The pract. of physic*, etc. London, 1718. — Craigie, *Elements of the pract. of phys.* Edinburg, 1836, 1, 681. — Faye, in *Norsk. Mag. for Lægevidensk.*, I, 2. — Freer, *Diss. de syphilide venerea.* Edinburg, 1767. — Gilchrist, dans *Physical and literary essays.* Edinburgh, III, 1771, 177. — Hill, *Cases of surgery.* Edinb., 1772. — Skene, in *Monthly Journ.*, 1844, juin, 615. — Wallace, in *Behrend Syphilidologie*, 31, 475. — Wills, *ibid.*, avril, 282. — Ozanam, t. V, p. 311, 1823. — Swediaur, *Traité des maladies vénériennes*, traduct. franç. Paris, 1801, p. 379.

Dissertatio de morbo cutaneo, luem veneream consecutivam simulante. Upsala, 1806. — Holst, Morbus quem Radesyge vocant, etc. Christiania, 1817, in Hufeland Journ. XLIX. Heft 4, 96. — Vought, Dissertatio sist. obs. in exanthem. arcticum, vulgo Radesyge dictum. Gryswalde, 1811. — Osbeck, Exposé de la méthode pour guérir les maladies vénériennes dégénérées. Stockholm, 1811. — Gedike, Diss. de morbo quem Radesyge vocant. Berolini, 1819. — Græfe, in Ejd. Journ. XXIX, 480. — Hebra, in Wien medic. Wochenschrift, 1852, n° 48, und Zeitschrift d. Wien. Aerzte, 1853, 60. — Hedlund, in Svensk. Läk. Sallsk. Handl. V, 176. — Hialtalin, Diss. de radesyge. Kiel, 1839. — Hjort, in Eyr II, 209, und norsk. mag. I, 1. — Hunefeld, Die Radesyge, etc. Leipzig, 1828. — Huss, Om Sverg, eud. sjukd. Stockholm, 1852, 10, 33, 43. — Danielsen et Boeck, Traité de la spedalsked. Paris, 1848. — Kierulf, in Hygiea, XII, 173. — Froebelius, in Petersb. med. Ztch. II, 1862. — Boeck, in Norsk. magaz. for Laegevidensk. II, Raek. VI, 203, et Deutsch. Klinik, 1853. — Hjort, *ibid.*, XV, 5, p. 527.

La radesyge de Suède et de Norwége, maladie qui est dans les États scandinaves ce que le sibbens est en Écosse, a été, dans ces derniers temps, l'objet d'une étude approfondie de la part de Hjort, en Norwége, et de Kjerrulf et Magnus Huss en Suède. Plus récemment, le professeur Bœck, de Christiania (1), a publié, sur cette question, un traité remarquable par l'abondance des documents, dans lequel, après s'être prononcé contre l'opinion des médecins qui professaient l'identité de la syphilis et de la radesyge, il a fini par avouer que ces deux maladies n'étaient pas différentes.

En 1758, Honoratius Bonnevie ayant reçu l'ordre de se rendre à Égersund et à Stavanger, pour observer une maladie nouvelle qui régnait dans ces villes, apprit que cette maladie y était tout à fait inconnue avant 1710, époque où un vaisseau russe vint hiverner près de Stavanger. Des femmes norwégiennes allaient quelquefois à bord rendre visite aux Russes; elles en revinrent avec des ulcérations aux parties génitales qui les empêchaient de marcher. En même temps, la gorge et d'autres parties furent affectées. Les paysans, témoins de cette maladie, l'appelèrent *radezyge*, ce qui signifie, en norwégien, mal immonde.

Cette maladie prit de l'extension de 1750 à 1760, mais son plus grand développement ne date que de la fin du siècle dernier, époque où, selon Mangor, on la rencontrait sur tous les points de la Norwége, mais principalement sur les côtes et surtout à Bergen et à Christiania. Contrairement au docteur Cron, qui déclarait la maladie

(1) *Traité de la Radesyge*. Paris et Christiania, 1860.

d'origine vénérienne, Mangor l'identifiait à la spedalskhed; mais dans les faits que relate cet observateur, on reconnaît facilement la syphilis. A cette époque d'ailleurs, le mercure constitue, en général, la base du traitement. Steffens, appelé à étudier et à traiter la maladie sur place, y reconnaît deux genres d'affection : l'un qui est la spedalskhed, l'autre la radesyge proprement dite. Dans cette dernière, le malade a des ulcères à la gorge, chez beaucoup d'individus la luette a disparu, chez d'autres il existe des excroissances charnues à l'anus et aux parties génitales ; on observe, en général, sur différentes parties du corps, des glandes indurées; de grandes douleurs se font sentir dans les membres ; les os du nez sont cariés. Hans Munk émet une opinion assez semblable, il pense que la radesyge comprend : 1° la syphilis insontium ou sibbens ; 2° la spedalskhed et toutes les plaies malignes.

Le professeur Sorrensen, qui ne considère pas la radesyge comme de nature syphilitique, résume pourtant ainsi qu'il suit les symptômes de cette maladie :

« Maux de tête, douleurs dans les membres, surtout pendant la nuit ; éruptions herpétiques au front, à la poitrine, sur les épaules, sur les bras ; inflammation légère de la gorge. — L'exanthème herpétique prend plus d'étendue et se trouve entouré d'un bord foncé. Il se montre, sur le visage, des plaies d'abord superficielles qui, peu à peu, se développent en profondeur ; il vient des tubercules sous-cutanés qui passent à l'état d'inflammation et de suppuration. — L'inflammation de la gorge augmente ; il y a exulcération de la luette et des amygdales ; les plaies rongent et détruisent les parties mentionnées jusqu'au pharynx ; des plaies analogues se développent dans la région palatine ; les os du palais sont attaqués et détruits. Aux extrémités il survient des plaies entourées de bords d'un rouge foncé, parfois recouvertes d'une croûte épaisse et sèche. — Aux parties génitales, à l'anus et au périné, il se présente des condylômes et des excroissances qui s'étendent jusqu'aux cuisses. — La maladie s'attaque à la cloison du nez, qui s'ulcère et se perfore ; le système osseux est atteint de carie, surtout sur les os du nez, sur les os longs et sur l'os frontal ; il se présente des tophus et des exostoses qui se changent bientôt en carie. — La cause première de la maladie est inconnue ; on sait seulement qu'il se développe un contagium qui se communique par la salive, la sueur et l'ichor, au moyen de couteaux, de cuillers et

d'habits, ainsi que par le contact. Le mercure est le premier et le plus important de tous les remèdes. »

En Suède, la radesyge s'observe principalement dans quelques villes de la Gothie, Fönköping, Kronoberg, Blekinge, Gotheborg, etc. Dans le fief de Calmar où la maladie a régné, on croyait qu'elle avait été apportée du temps de Charles XII, par des soldats revenant de Norwége, et qu'elle s'était ensuite répandue par des marins et une fileuse de Stockholm. — Dans la Gothie orientale, elle semble avoir été importée par des soldats, après la guerre de Poméranie, en 1762. Dans le Norrtelge, elle aurait été introduite de la même manière, en 1790, après la guerre de Finlande.

Cette maladie, qui a disparu en partie aujourd'hui des contrées sus-nommées, règne encore sur la côte opposée de la mer Baltique, où elle est connue sous des dénominations diverses suivant les localités.

Syphiloïde du Jutland (1). — Van Deurs a décrit sous le nom de syphiloïde jutlandaise, une maladie qu'il compare à la radesyge de Suède. Mais de même que Lillie, qui déjà en 1777 avait été envoyé au Jutland pour examiner cette maladie, van Deurs, vu la rareté de la gonorrhée chez les malades qu'il a observés, pense que la maladie en question se distingue de la vraie syphilis, et il en fait une espèce à part, la syphilis des innocents (*syphilis insontium*), pour cette seule raison qu'elle se transmet principalement par les cuillers, les vases, les habits et les literies dont on se sert en commun. Le docteur Hassing (2), qui ne voit pas de différence entre la syphiloïde jutlandaise et la vraie syphilis, fait remarquer combien il est difficile de découvrir la vraie cause de la maladie, qu'on est naturellement porté à attribuer à toute autre circonstance que le coït : pour lui, la transmission des accidents secondaires n'est pas douteuse, et il croit qu'elle a particulièrement lieu par le moyen des tubercules muqueux.

Dans le Holstein, s'observe également une endémie connue sous la dénomination de *morbus venereus dithmarsensis*. Cette maladie, qui, selon Hübener, se serait montrée dès l'année 1762, aurait été importée,

(1) Van Deurs, in *Journ. for Med. og Chirurg.*, 1835, juin (*Journal de Médecine et de Chirurgie*, juin 1835). — Ditzel, in *Biblioth. for Læger* (Bibliothèque pour les médecins), 1845, II, 270. — Otto, in *Rust Magazin*, LIV, 203. — Uldall, in *Bibliot. for Læger*, 1842, I, 337.

(2) Rollet, *Recherches sur la syphilis*, p. 168.

suivant les médecins du pays, par des Norwégiens qui, en 1785-87, travaillaient à l'endiguement des terres voisines de Bourg-de-Marsie.

BRANDIS, De morbo in Holsatiæ nonnulla regione grassante contagioso ex genere lepræ observationes. Hall. Allg. Litt. Zeitung, 1811. In Bibl. for Laeger, 1813, I. — DÜHRSSEN, In Pfaff. Mittheil. Jahrgang I, Heft 3 und 4, pg. 1, 1833. — FRANCKE, Morbus Dithmarsensis, Diss. Kilona, 1838. — HELWIG, in Actis reg. Soc. med. Haven, VI, 267.—HÜBENER, De morbi Dithmarsensis natura ac indole. Kilona, 1821, et Erkenntniss und Cur der so genannt. Ditmars. Krankh. Altona, 1835. — MICHAELSEN, in Hamburg Zeitschr. für Med. XXI, 433. — SPIERING, in Hufeland Journ. LIII, Heft. 1-64. — STRUVE, Ueber die aussatzartige Krankheit Holsteins, etc. Altona, 1820, und in Rust Magazin, VIII, 337.

En Esthonie, province russe située au nord de la Livonie, sur les bords du golfe de Finlande, on retrouve aussi une maladie analogue aux précédentes. Erdmann l'a rattachée à la radesyge, et Seidlitz la regarde comme syphilitique (1). On l'observe d'ailleurs sur toute la côte, en Courlande, — syphiloïde courlandaise (2), aussi en Lithuanie — syphiloïde lithuanienne (3). De ces deux dernières maladies, la première s'est développée après la guerre de Sept ans, en 1757, la seconde dans l'année 1800. Les troupes russes paraissent avoir contribué à leur genèse, ou du moins à leur propagation.

§ 5. — Bouton d'Amboine. — Maladie de Sainte-Euphémie. — Pian de Nérac.

a. *Bouton d'Amboine.* — Bontius (4) décrit sous ce nom, en 1718, une maladie endémique à l'île d'Amboine. Il s'est répandu, dit-il, à Amboine et dans les îles Moluques, une maladie endémique qui, par ses symptômes, tophus, ulcères à bords calleux et relevés, douleurs et caries des os, est semblable à la maladie vénérienne. Il y a cependant cette différence que le mal en question peut naître et se trans-

(1) Rollet, *loc. cit.*, p. 167.
(2) Tiling, *Ueber Syphilis und Syphiloïd.* Mitau, 1833. — Bolschwing, *Ueber Syphilis und Aussatz.* Dorpat, 1839.
(3) Albers, in *Preuss. med. Vers. Zeitung*, 1836, nos 22, 23. — Metzger, *Vermischte med. Schriften.* Kœnigsberg, 1782, I, 81. — Schnuhr, in *Preuss. med. Vrs. Zeitung*, 1837, nos 50, 51; 1839, nos 17, 18; 1841, nos 2, 3. — Theden, *Erfahrungen aus der Wundarzneikunst*, etc. Berlin, 1783, III, 9.
(4) Bontius, *Medicina Indorum.* Leyde, 1718.

mettre en dehors de tout rapport sexuel. Ce motif allégué par Bontius pour séparer cette maladie de la syphilis, est aujourd'hui sans valeur, et par conséquent le bouton d'Amboine rentre aussi dans le domaine de la syphilis, d'autant mieux que le mercure est encore ici le meilleur agent thérapeutique.

b. *Mal de Sainte-Euphémie, herpès syphilitique.* — Jean Bayer (1) a décrit sous ce nom une endémie qu'il observa au mois de mars 1727 et qui se développa dans les conditions que voici : Une sage-femme de Sainte-Euphémie fut attaquée au doigt index de la main droite d'une pustule qui lui causait un prurit insupportable. Bientôt le bras se tuméfia et le corps se couvrit d'une dartre universelle. La pustule subsista au doigt pendant quatre mois, et cette femme, continuant à exercer sa profession, communiqua la maladie à plus de cinquante femmes enceintes qu'elle accoucha ou qu'elle explora. Un chirurgien consulté reconnut à la vulve de plusieurs de ces femmes des ulcères de même nature. Pendant ce temps, la maladie se propagea aux enfants que les mères allaitaient et aux maris, tellement qu'en quatre mois on compta plus de quatre-vingts personnes contagionnées. La sage-femme fut interdite. Le corps des malades, est-il dit, se couvrait de pustules et d'ulcères ou bien de tubercules durs et calleux, tous symptômes qui rapprochent cette endémie de l'épidémie du moyen âge. C'est là un fait curieux duquel semblerait résulter que la syphilis transmise en dehors des rapports sexuels revêt souvent une intensité plus grande. Un exemple récent et malheureux en ce genre est celui du docteur Hourmann.

c. *Pian de Nérac.* — C'est une maladie très-analogue à la précédente, avec cette différence qu'elle dut son origine à l'allaitement d'un enfant syphilitique. A la fin du mois de juin 1752, une maladie épidémique singulière se manifesta à Nérac (2). La femme d'un commerçant de la ville, heureusement accouchée au commencement de novembre 1751, donna son enfant à une nourrice, qui le nourrit bien pendant six mois, au bout desquels cette nourrice étant malade, une de ses voisines donna cinq fois le sein à l'un de ses nourrissons, qui se trouva incommodé ; il maigrissait à vue d'œil et il lui sortit, en peu de jours, beaucoup de pustules aux cuisses. — L'enfant fut confié à une autre nourrice et plusieurs autres lui donnèrent à teter, qui toutes s'a-

(1) *Acta nat. cur.*, t. III, p. 4, et Ozanam, *Traité des Épidémies*, 1823.
(2) Joseph Raulin, *Observations de médecine.* Paris, 1754, p. 250.

perçurent bientôt qu'elles avaient des pustules aux seins, lesquelles se répandirent ensuite sur tout le corps. Les enfants de ces nourrices furent infectés de la même maladie. A la fin de décembre 1752, on connaissait, sans compter plusieurs hommes, plus de quarante femmes et enfants ainsi infectés.

§ 6. — Maladie de la baie de Saint-Paul ou Syphiloïde du Canada. Mal anglais. Maladie des éboulements, etc.

SWEDIAUR, Practical Observations on venereal complaints. Edinburgh, 1788, 172. — Trad. fr. Traité des malad. vénér., t. II, 376. Paris, 1801. — STRATTON, in Edinburgh med. and surgic. Journal, t. LXXI, p. 276.—FUCHS, Hautkrankheiten, p. 751.

Cette maladie, qui en peu d'années fit chez les Canadiens des progrès aussi rapides que considérables, commença à se manifester en 1760 parmi les indigènes des bords du lac Huron; en 1780, elle se montra chez les habitants du rivage de la baie de Saint-Paul, et en quelques années elle se répandit dans la plus grande partie du Canada, fit de grands ravages dans quelques tribus indiennes et principalement chez les Indiens Otawa. En 1785 on trouva dans le Canada 5,800 individus infectés de cette maladie, sans compter ceux qui ne déclarèrent pas qu'ils en étaient atteints; cependant elle était encore inconnue alors à tous les Indiens du voisinage.

Elle s'annonçait, au rapport de Swediaur, par de petites pustules aux lèvres, à la langue, dans l'intérieur de la bouche, et plus rarement aux parties de la génération.

Ces pustules, qui ressemblaient d'abord à de petits aphthes remplis d'une humeur blanchâtre et puriforme, étaient autant de germes de transmission. L'humeur qui en provenait avait une telle virulence qu'elle infectait ceux qui mangeaient avec la cuiller des malades ou qui buvaient dans leur verre, ceux qui fumaient avec leur pipe; on a même observé qu'elle se communiquait par le linge et les vêtements, etc.

Cette maladie se manifestait ultérieurement par des dépôts considérables (tubercules), des douleurs nocturnes dans les os, des ulcérations de la bouche et de la gorge, des adénopathies multiples, quelquefois suppurées, le plus souvent dures, fermes et indolentes. En dernier lieu, les os du nez, ceux du palais, du crâne, etc., étaient atta-

qués de carie ; on voyait survenir la chute des cheveux, des maux de poitrine, la toux, la diminution de l'appétit, etc., qui annonçaient la fin prochaine du malade. Les deux sexes et tous les âges étaient également exposés à la maladie; les enfants étaient infectés en grand nombre.

§ 7. — Endémo-épidémies syphilitiques des côtes de la mer Adriatique. — Falcadina. — Scherlievo. — Male di Breno. — Frenga, etc.

a. *Falcadina.* — Fixée en 1786 dans le district d'Agordo, cette maladie (1), d'abord observée à Falcado (de là son nom), s'est bientôt répandue dans d'autres villages tyroliens, entre autres Fassa et Manzon où elle est éteinte depuis 1814. Selon le docteur Zecchinelli, qui en a donné la description, elle aurait été apportée par une mendiante infectée d'une gale vénérienne, de poireaux et d'ulcères aux parties génitales. Les alliances surtout contribuèrent à la répandre ; elle attaquait les adultes et les enfants, se manifestait par des ulcérations profondes de la peau et de la gorge, des dartres serpigineuses au cou et aux épaules, des tumeurs gommeuses, des douleurs ostéocopes, mais rarement des exostoses. Elle guérissait enfin par un traitement mercuriel.

b. *Scherlievo, maladie de Fiume* (2). — On connaît sous ce nom une endémie qui pendant longtemps exerça des ravages sur les côtes d'Illyrie, en Dalmatie et en Croatie. Des villages de Draga et de Scherlievo ù elle prit naissance, elle se répandit peu à peu à Proputnik, Kukulionovo, à Buccari et jusqu'à Novi. Dans l'intérieur des terres on l'observa à Grobnick, Senosich, Schnaberg, Wipach, Adelsberg, etc. C'est en 1800 qu'on prévint le gouvernement de Fiume qu'une maladie contagieuse d'une espèce inconnue s'était manifestée au village

(1) Zecchinelli, in Omodei, *Annali universali di medicina*, n. 39, 335.—Valenzasea, *ibid.*, n° 93, et *Della falcadina*, fasc. I, Venet. 1840. — Sigmund, *in Zeitschr. der Wien. Aerzte*, 1855, p. 87. — Marcolini, *Memor. med. chirurg.* Milano, 1839, p. 18. — Faeen, in *Gaz. med. Lombarda*, 1849, n. 21, p. 183.

(2) Cambieri, in Omodei, *Annali universali di medicina*, n. 34, 35, 36, 273. *Rapport Journ. gén. de Médec.*, XLII, p. 1. — Boué, *Essai sur la maladie de Scherlievo.* Paris, 1814. — Jenniker, in *Œst. med.*, 546, Jahrb. 3, 104, Heft 4, 43.— Lorenzutti, *Del male di Scherlievo*, Padua, 1830. — Michahelles, *Das male di Scaralievo*, Noremb., 1833. — Moulon, *Nouvelles observat. sur la nature du scherlievo.* Milan, 1834, 2e édit., 1840, et dans *Presse méd.*, 1837, mai, n° 35.—Sporer, in *Œst. med. Jahrb.*, neueste Folge, II, 211.—J. Vial, *Thèse de Montpellier*, 1814. — Sigmund, *loc. cit.*, 93, 142.

de Seherlievo, à huit milles à l'est de Fiume et à trois milles des côtes de l'Adriatique. Cette maladie attaquait le visage et la peau par des pustules malignes qui ulcéraient la chair, corrodaient les os et détruisaient la langue, les oreilles et les parties génitales. De même que les épidémies ci-dessus décrites, elle se manifestait tout d'abord par des douleurs dans les os et surtout aux articulations; plus tard survenaient les tubercules, les ulcères de la peau et de la gorge, qui amenaient ordinairement des désordres considérables. Chez les enfants, la maladie se développait toujours par une éruption érysipélateuse, d'un rouge obscur, principalement sur les fesses, aux aines, dans l'intérieur des cuisses, à l'abdomen. La transmission s'opérait par l'usage commun des ustensiles, des habits, par l'allaitement, par l'haleine et en couchant avec les malades. En général le même individu ne la contractait pas deux fois. L'origine de eette maladie est restée inconnue. On prétend cependant qu'elle fut apportée en 1790 par quatre matelots arrivés avec des femmes des bords du Danube après la guerre contre les Turcs. D'autres hypothèses existent encore à ce sujet, qui ne sont pas mieux prouvées.

Il y a lieu de rapprocher du scherlievo les maladies endémiques connues sous ses dénominations de *frenga* (1), *male di Breno* (2), *syphiloïde de Hesse* (3), *spirocolon* (4), et peut-être aussi d'autres endémies telles que la *lèpre de Crimée* (5), le *mal kabyle* (6), le *Yang-Mey-Tchoang des Chinois* (7) (ulcère en forme de framboise).

Les auteurs qui ont le mieux étudié ces maladies sont d'avis en effet que la plupart des manifestations groupées sous ces dénominations populaires sont manifestement et traditionnellement liées à la syphilis; ils reconnaissent toutefois que, dans certains cas, on a accordé ces dénominations à des variétés d'ulcères ayant pour origine

(1) Sigmund, in *Zeitsehrift der Wiene Aerzte*, 1855, p. 33.

(2) Voyez *Œst. med. Jahrb.*, V. Heft II, p. 21. Sigmund, *loe. cit.*

(3) Rothamel, in *Zeitsehr. für die gesammte Heilkunde*, I, 15.

(4) Olympios, in *Correspondenzbl. Bayr. Aerzte*, 1840, 185. — Pallis, in Omodei, *Annali*, 1842, avril. — Pruner, *Die Krankheit des Orients*, 177. — Quitzmann, *Deutsche Briefe üb. den Orient.* — Wibmer, in *Sehmidt. Jahrb's für Mediein*, XXX, 305.

(5) V. Martius, *Dissert. inaugural. de lepra Tauriea.* Leipzig, 1815. — Krebel, *Lepra Tauriea*, *Med. Zeitung Russlands*, 1846, p. 3 et 39. — Bergson, *Annalen der Charite*, 1852, fasc. 1.

(6) J. Arnould, *la Lèpre Kabyle.* Paris, 1862. — Vincent, *Exposé clinique des maladies des Kabyles.* Paris, 1862.

(7) P. Dabry, *la Médeeine chez les Chinois.* Paris, 1863, p. 163.

tantôt le scorbut, tantôt la scrofule, le cancer ou toute autre maladie, ce qui a pu contribuer à leur faire perdre pendant quelque temps leur signification spéciale.

§ 8. — Maladie de Chavanne-Lure, et de quelques épidémies plus récentes.

La relation qui a été faite de la maladie de Chavanne-Lure (Haute-Saône) par le docteur Flamand (1) est celle de toutes les épidémies qui précèdent. Elle débutait par un sentiment de faiblesse générale suivi de douleurs nocturnes plus ou moins vives dans les membres ; la bouche et la gorge étaient affectées, et survenait une éruption pustuleuse sur toute la surface du corps et plus particulièrement à la tête. Les ustensiles qui servaient à la nourriture furent les principaux moyens de propagation.

De cette dernière maladie doit être rapprochée une épidémie (2) qui sévit en 1840 et 1841 dans la commune de R..., aux environs de Luxeuil, où près de quatre-vingts individus furent affectés de tubercules muqueux à l'anus et aux parties génitales. Sans doute d'autres endémies qui ont eu pour point de départ la vaccination et en particulier l'épidémie de Rivalta, trouveraient ici leur place si nous ne devions en parler plus loin.

Ici se termine la description des endémies qui ont suivi la grande épidémie du quinzième siècle. Le moment est venu de comparer entre elles ces diverses maladies, de faire ressortir les analogies et les différences qu'elles présentent.

Caractères communs et dissemblances. — A ne les envisager que dans leurs manifestations symptomatiques, ces maladies, après un malaise général, des douleurs ordinairement violentes au niveau des os et des articulations, se caractérisent du côté de la peau par des éruptions pustuleuses, des intumescences framboisées et fongueuses, des tubercules qui laissent d'ordinaire à leur suite des cicatrices profondes et difformes, du côté des muqueuses par des ulcérations plus ou moins profondes et qui souvent amènent la perforation du voile du palais.

Au point de vue des affections plus profondes, elles présentent

(1) *Journ. complém. du Dict. des sciences méd.*, t. V, p. 135.

(2) Aliés, *Mémoire sur une épidémie de pseudo-syphilis* (*Journ. de méd. de Lyon*, 1843 ; et *Gaz. médicale de Paris*, 1844, p. 154).

des différences qui les constituent pour ainsi dire en deux groupes : tandis que, dans les contrées voisines des tropiques, les accidents ont borné leur action aux appareils tégumentaires, et n'ont que rarement envahi les organes profonds ; dans d'autres localités, et principalement dans les pays du Nord, ces organes ont été le plus souvent affectés. L'absence de la blennorrhagie et des bubons suppurés, dans la majorité des cas, est à remarquer. C'est là une circonstance qui n'a pas peu contribué à tromper les médecins, et les a souvent poussés à rejeter à tort l'idée de la syphilis.

Pour ce qui est de l'évolution, il est à remarquer que souvent les symptômes primitifs ont été insignifiants s'ils n'ont fait défaut, et que les phénomènes généraux ont apparu d'emblée. Le plus souvent il existe un degré de gravité plus notable que dans la syphilis ordinaire.

La marche de ces endémo-épidémies n'est pas partout identique : à Brünn, à Sainte-Euphémie, à Nérac, etc., la propagation s'est faite avec une grande rapidité, à peu près comme au quinzième siècle; mais, plus tard, le mal a rétrogradé au lieu de prendre racine, et a fini par perdre son cachet d'endémicité. Dans d'autres endroits, tels que différents pays du littoral de la mer Baltique et du nord de l'Adriatique, la maladie, au lieu de décroître, s'est étendue progressivement, en raison sans doute des mauvaises conditions hygiéniques des habitants, jusqu'au moment où l'on est parvenu à la combattre à l'aide d'une thérapeutique et d'une hygiène appropriées.

Sous le rapport étiologique, la ressemblance est frappante; la contagion est, en effet, le mode de transmission ordinaire et pour ainsi dire indispensable. Les moyens de transmission sont en général des ustensiles de ménage, du linge ou d'autres objets; parfois un contact quelconque, mais assez rarement, il paraît du moins, l'acte génésique. L'inoculation pratiquée dans certains cas a réussi, et il a été prouvé que la période d'incubation (maladie de Brünn, pian) ne diffère pas de celle de la syphilis ordinaire.

A part des différences pour ainsi dire insignifiantes, ces endémo-épidémies ont donc entre elles et avec la syphilis des points de contact non douteux; tout porte à croire, par conséquent, qu'elles ne forment pas des maladies distinctes, mais une seule et unique maladie. Dès lors ces maladies n'appartiennent plus qu'à l'histoire de la médecine, puisqu'elles n'ont jamais existé comme maladies indépendantes.

Les observateurs qui les ont le mieux étudiées ont d'ailleurs tous

été frappés de leur ressemblance avec l'épidémie du quinzième siècle, et de leur dissemblance avec la plupart des maladies connues. Pour tous ces motifs, nous pensons, avec Rollet, qu'il ne faut voir, dans ces épidémies comme dans celle du quinzième siècle, autre chose que la syphilis isolée et indépendante, débarrassée en un mot de ses acolytes ordinaires, la blennorrhagie, le chancre simple et le bubon chancreux.

L'étude topographique qui va suivre, en montrant les modifications que subit la syphilis dans des conditions données, permettra du reste de mieux suivre encore l'identité de nature des diverses maladies dont il s'agit.

CHAPITRE V

DISTRIBUTION GÉOGRAPHIQUE DE LA SYPHILIS.

§ 1. — Europe.

a. *Mer du Nord et pays limitrophes.* — La syphilis, ainsi qu'il est déjà permis d'en juger par ce qui précède, conserve une allure peu différente de celle du quinzième siècle, dans certaines contrées du nord de l'Europe, et particulièrement sur le littoral de la mer Baltique et de la mer du Nord, dans le Jutland, le Ditmarsch, le Schleswig, le Holstein, sur les rivages de la Suède et dans certaines villes de l'Écosse, de la Hesse et de la Prusse orientale. Non loin de ces contrées toutefois, et toujours dans le Nord, en Islande et aux îles Féroë, il est assez remarquable que cette maladie n'ait pu jusqu'ici se fixer. Au commencement de ce siècle, Mackensie (1) notait déjà le peu d'aptitude des Islandais à contracter la syphilis : « Syphilis cannot « be said to exist in Iceland. Single cases have sometimes occurred « from communication with foreigners, but the disease has always « been intercepted, before it made any progress in the country. »

Schleissner, dans un travail sur les maladies particulières à l'Islande, rapporte ce qui suit : « Le médecin en chef de l'Islande, qui tient beaucoup à faire admettre que la syphilis est étrangère à ce pays, fait remarquer qu'il a traité assez souvent des accidents

(1) *Island undersögt*, etc. Kjobenh, 1849; et *Voyage en Islande et au Groënland pendant les années* 1835 et 1836, *sur la corvette la Recherche*. Paris, 1851, p. 42.

vénériens parmi les matelots des bâtiments marchands, mais jamais parmi les Islandais mêmes. » Cela est d'autant plus étonnant qu'il arrive chaque année en Islande quatre-vingts bâtiments marchands danois, dont les équipages ont pendant l'été toute espèce de rapports avec les habitants. En outre, le pays est exploré annuellement par cent cinquante barques de pêcheurs français et hollandais qui, de même, fréquentent quelquefois différents ports. La syphilis a cependant plusieurs fois été introduite en Islande; mais elle n'a jamais pu s'y enraciner. En 1756, la maladie était assez commune près de la fabrique de laine, à Rejkiawicth, et y dura jusqu'en 1763; il y en a eu plusieurs cas en 1774; mais, après ce temps, elle disparut entièrement. Depuis, des marins danois la firent reparaître en 1824; dans le Nordland, le médecin traita cette année dix-sept syphilitiques, et dans l'année suivante, cinq, qui, pour la plupart, appartenaient au personnel de deux fermes; mais la maladie cessa alors. »

Dans son Voyage en Islande et au Groënland, E. Robert n'a rencontré qu'un exemple de véritable syphilis; c'était chez une femme islandaise qui avait été contaminée par la cohabitation avec un de ses compatriotes. Ainsi le peuple islandais est peu apte à contracter la syphilis, et assez impropre à la faire germer. C'est là, à notre avis, un fait qui mérite d'être noté avec d'autant plus de soin, que la lèpre est une maladie endémique en Islande. Dans les îles Féroë, la syphilis, d'après Panum (1), est restée inconnue jusqu'en 1844; mais, de cette époque à 1846, on a observé environ une vingtaine de cas de cette maladie. Dans la Russie, au contraire, et particulièrement dans le nord de ce pays, chez les Samoièdes, les Ostjaken, dans le sud de la Sibérie, le Kamschatka, les provinces de la Baltique, la Finlande et la Courlande surtout, la syphilis se montre en général sous une forme maligne et grave (2). Elle se présente encore avec les mêmes caractères dans plusieurs autres localités de la Russie d'Europe et de la Russie d'Asie.

b. *Centre de l'Europe.* — Au centre de l'Europe, la syphilis sévit avec moins d'intensité en Allemagne, en Belgique, en France; dans

(1) *Biblioth. for Læger*, 1847, I, p. 316 (*Bibliothèque pour les médecins*).

(2) Hirsch, *Historisch-geographische Pathologie*. Erlangen, 1860, t. I, p. 358 et seq. Cet important ouvrage auquel nous empruntons plusieurs passages, nous a été du plus grand secours pour la rédaction de cette partie de notre travail.

le nord de l'Italie, cette maladie, quoique répandue, est relativement moins fréquente et moins sérieuse. Il en est de même dans l'empire d'Autriche, car l'assertion de Hirsch, qui veut que la syphilis soit grave et endémique dans le comté de Neustra (Hongrie), n'est pas confirmée par H. Zeissl (1). La syphilis toutefois ne manque pas d'exercer ses ravages dans les grandes cités de ces diverses nations ; partout où il y a de grandes masses d'individus, et principalement dans les villes de garnison, on constate la fréquence de cette maladie.

Il est difficile d'établir, à l'aide d'une statistique rigoureuse, quelle peut être la fréquence relative de cette maladie chez tel ou tel peuple, dans telle ou telle localité. Comme il n'y a jamais qu'une partie des malades qui soient traités à l'hôpital, le plus grand nombre doit nécessairement échapper à cette statistique. Il serait déjà possible cependant d'avoir sur ce point quelques notions, si on voulait s'en rapporter aux relevés statistiques aujourd'hui établis dans les armées de chaque nationalité. Par exemple, si l'on consulte le compte rendu de l'armée anglaise pour 1860 (2), on trouve que la maladie vénérienne a causé pendant l'année, pour l'armée à l'intérieur, une perte de 8,69 journées de service par homme, tandis qu'en France il y a seulement, en 1862, une perte de 3,90 par homme (3). Quoi qu'il en soit, la proportion du nombre des vénériens au chiffre total des malades est considérable, et pour ainsi dire effrayante parmi nos troupes. Le tableau ci-dessous, composé d'après la statistique médicale de l'armée pendant l'année 1862 (4), peut donner une idée de cette pro-

	MOYENNE des hommes présents aux corps pendant l'ann. 1862.	MALADES entrés aux hôpitaux.	INDIVIDUS affectés de syphilis primit.	INDIVIDUS affectés de syphilis constitutionnelle.
Intérieur.............	256,322	78,626	10,985	2,636
Algérie..............	47,869	21,973	2,132	302
Italie................	12,387	5,633	478	61
TOTAL GÉNÉRAL.....	316,578	106,262	21,595	2,999

(1) *Lehrbuch der const. Syph.* Erlangen, 1864, p. 127.
(2) *Army statistical Report.* London, 1860, p. 12.
(3) *Statistique médicale de l'armée pendant l'année* 1862. Paris, 1864.
(4) *Ibid.*, p. 9 et 21.

portion, tant pour nos troupes de l'intérieur que pour celles d'Afrique et d'Italie. Dans les ports de la côte occidentale, les ravages sont généralement plus marqués ; c'est du moins ce qu'il est possible d'observer en France, et nous croyons aussi dans la Hollande, la Belgique, l'Espagne et le Portugal. Si, à l'intérieur de ces derniers pays, la syphilis est moins grave, on ne peut contester qu'elle ne soit fréquente.

c. *Littoral de la Méditerranée et de l'Adriatique.* — La syphilis, dans les ports européens de la Méditerranée, est encore remarquable par sa fréquence, relativement grande, et son intensité. Cette maladie est, en effet, plus répandue à Rome, à Naples, et surtout en Sicile, comme l'ont démontré les observations de Chardon (1), Jansen (2), Loder (3), Ziermann (4), et plus récemment celles de Sigmund (5), que dans le nord de l'Italie, ainsi qu'il résulte des faits rapportés par Guislain (6), Balardini (7), Menis (8).

Sur le littoral de l'Adriatique, la syphilis, comme nous le savons, est tout aussi fréquente, mais plus grave. Dans la Vénétie, la Dalmatie, l'Istrie, l'Albanie turque, et, à l'intérieur des terres, jusque dans le Tyrol, elle revêt les caractères d'une maladie endémique. Elle présente encore ces mêmes caractères dans le nord de la Turquie et surtout en Servie, dans la Bulgarie, la Moldavie et la Valachie, aux confins de la mer Noire. Dans cette dernière province, la syphilis, selon Weizmann (9), ne se propagerait pas seulement par la contagion, elle se développerait encore spontanément ; mais les arguments sur lesquels se fonde ce médecin paraissent peu solides. Dans l'intérieur de ces pays toutefois, la syphilis, toujours répandue, s'observe sous sa forme commune, du moins depuis trente à quarante ans, comme le rapportent Roser (10) et Rigler (11), en ce qui concerne la Turquie ;

(1) *Gaz. méd. de Paris*, 1852, nº 5.
(2) *Briefe über Italien.* A. d. Holl., I, 297.
(3) *Bemerk. über ärztl. Verfass. und Unterr. in Italien.* Leipsick, 1812.
(4) *Ueber die vorherrsch. Krankheiten Siciliens*, p. 184.
(5) *Loc. cit.*
(6) *Lettres méd. sur l'Italie.* Gand, 1840, p. 69.
(7) *Topogr. Statist. med. della provinc. di Sondrio.* Milano, 1834, p. 64.
(8) *Topogr. Statist. med. della provinc. di Brescia.* Brescia, 1837.
(9) *Russische Sammlung für natur. Wissensch. und Heilkunde*, t. I, cah. II, p. 126, et *Journ. complém. du Dict. des sc. méd.*, t. I, p. 376, 1818.
(10) *Ueber einige Krankh. des Orients.* Augsb., 1837.
(11) *Die Turkey und deren Bewohner.* Wien, 1852, II, 123.

Neugebauer (1), Blaustein (2) et Barasch (3), à l'égard de la Moldavie et de la Valachie; Roser et Quitzmann (4), pour la Grèce. Dans les îles Ioniennes, cette maladie, d'après Hennen (5), serait plus rare.

§ 2. — Asie.

a. *Asie Mineure, Palestine, Arabie.* — Tout aussi répandue et bénigne dans l'Asie Mineure que dans la Turquie (Rigler), la syphilis, au rapport de Wagner (6), revêt une forme plus grave sur les hauts plateaux de l'Arménie. Transportée il y a peu de temps dans les montagnes de la Syrie par les troupes d'Ibrahim-Pacha, elle est fréquente dans les plaines de cette contrée, au dire de Robertson (7), et Tobler (8) a constaté son extension en Palestine. — Pruner (9) prétend qu'en Arabie elle règne à peu près exclusivement dans les ports de mer et surtout à Djedda. Toutefois, on la rencontre encore à partir de Bassora sur la route de la caravane qui traverse le Netjed jusqu'à Djof. Elle s'observe enfin dans la tribu des Schellouks sur les bords de la rivière Blanche, tandis que, dans le sud et à l'intérieur du pays, elle est à peu près totalement inconnue.

b. *La Perse, l'Inde, la Chine, le Japon.*—Pollach (10) a constaté, dans la Perse, le caractère bénin de la maladie qui nous occupe. Clarck (11), Shanks (12), Mac-Grégor (13), et plusieurs autres auteurs, s'accordent à signaler sa grande extension dans l'Inde. A cet égard, Schanks observe qu'il n'est pas rare de voir dans les hôpitaux un tiers des personnes affectées de ce mal. Edmonds (14) calcule que le chiffre des

(1) *Beschr. der Moldau und Wallachei.* Leipsick, 1848.

(2) Rohatzsch, *Allgem. Zeitung. für Chirurg.*, 1842, n° 49.

(3) *Wien. med. Wochenschrift.*

(4) *Deutsche Briefe über den Orient.*

(5) *Sketch of the med. topograp. of the Mediterranean.* London, 1830. — Voy. J. Rose, *la Syphilis à Malte*, *Lancet*, I, 11, p. 311, 1864.

(6) *Reise nach dem Araral.* Stuttgard, 1848.

(7) *Edinburgh med. and surg. Journ.*, LIX, 247.

(8) *Beiträge zur med. Topograph. von Jerusalem.* Berlin, 1856, p. 56.

(9) *Die Krankheiten des Orients*, p. 179.

(10) *Wochenbl. d. Zeitschrift d. Wien. Aerzte*, 1856, n° 29.

(11) *London med. Gaz.*, 1844, July, 470.

(12) *Madras Quarterly med. Journ.*, I, 248, 260; III, 13, 31.

(13) *Ibid.*, IV, 159. — Voir encore Macpherson, *London med. Gaz.*, 1841, Jun., 546. — Voigt, *Bibliothèque pour les médecins*, 1834, I, 358. — Gibson, *Bombay med. Transact.*, III, 68. — Leslie, *Calcutta med. Transact.*, VI, 62. — Mac-Cosh, *Indian Journ. of med. science*, II, 423.

(14) *Lancet*, 1838, June.

syphilitiques, parmi les troupes de l'Inde, s'élève par an, en moyenne, à 12,16 pour 100 d'Européens, et à 3,18 pour 100 d'indigènes. « Dans la présidence de Bombay, les maladies vénériennes, dit Kinnis (1), font un mal affreux; elles fournissent à elles seules le sixième environ des admissions dans les hôpitaux, augmentent la liste des malades, privent l'armée des hommes capables, et minent la constitution d'un grand nombre d'entre eux, ou les rendent inaptes au service militaire. » A Pondichéry, la syphilis, d'après Lequerré (2), serait peu fréquente; on ne l'observe guère chez les femmes que parmi les bayadères et les femmes d'une caste tout à fait inférieure. Suivant Castano (3), elle serait l'affection la plus commune à Saïgon (Cochinchine). Selon Saunders (4), déjà dans le siècle dernier cette maladie était fréquente et maligne dans le Thibet et le Boutan (Chine). Wilson (5) signale simplement sa présence sur les côtes de la Chine. Mais Gauthier (6) et Armand s'accordent à reconnaître sa grande fréquence dans l'empire chinois, principalement dans les ports de mer et sur tout le littoral. Ce dernier rapporte (7) que, sur 530 malades traités à l'hôpital militaire français de Tien-tsin pendant le premier semestre de l'année 1861, on comptait 90 chancres et 21 cas de syphilis. « Cette maladie, qui est la première de toutes à redouter en arrivant en Chine, se trouve partout, nous dit-il, et sa plus grande fréquence est en raison de l'agglomération des masses et de leur plus grande fréquentation par les étrangers. Mais, de plus, les affections vénériennes qui y sont contractées par les Européens prennent un caractère de sur-acuïté et de gravité qui n'est pas en rapport avec les accidents éprouvés par les Chinois. Leurs vénériens ont rarement le teint altéré, et souvent chez eux, chez leurs femmes surtout, la contagion se cache sous les apparences d'un bel état de santé. On dirait que la Chine a subi, depuis des milliers de siècles, une sorte de syphilisation générale qui a atténué progressivement l'infection virulente dans les organismes qui en sont atteints. » Parker (8) ob-

(1) *Edinb. med. and surg. Journ.*, LXXV, 302.

(2) *Quelques considér. sur Pondichéry et ses habitants.* Thèse de Paris, 1837, n° 262, p. 26.

(3) *Bull. de l'Acad. de médec.* Séance de l'Académie de médecine, 2 juillet 1861.

(4) *Philosoph. Transact.*, LXXIX, 100.

(5) *Medical Notes on China.* London, 1846.

(6) *Deux années de pratiq. méd. à Canton (Chine).* Thèse de Paris, n° 117, 1863.

(7) *Lettres sur l'expéd. de Chine et de Cochinchine* (*Gaz. méd.*, 1862, 677).

(8) *Journ. of an Expedit. from Singapore to Japan.* London, 1838.

serve que la syphilis est généralement connue au Japon sous le nom de *feu de la volupté.*

§ 3. — Océanie.

Fréquente dans l'archipel Indien, la syphilis, suivant Heymann (1), se rencontre particulièrement dans les villes du littoral et dans les pays circonvoisins en relation avec les Européens, tandis que, dans les districts de l'intérieur de quelques îles, elle est encore pour ainsi dire inconnue. A Sumatra notamment, elle a été importée, au rapport de Junghuhn (2), pour la première fois, en 1841, par les Européens, chez les habitants des pays Battas. Selon W. Marsden (3), le mal vénérien, commun dans les bazars malais, est à peu près inconnu dans l'intérieur des terres. Rare aux îles Nicobar, d'après Steen-Bille, la syphilis est fréquente et grave aux îles Moluques, où elle exerce, suivant Lesson, des ravages aussi grands que lorsqu'elle apparut en Europe (4). Les Malaises les plus misérables, ajoute cet auteur, sont la plupart perdues par cette maladie, dont les symptômes se composent de ce dégoûtant cortége d'ulcères rongeants qui envahissent toutes les parties du corps. — Dans la Polynésie australienne, la syphilis règne depuis la fin du siècle dernier. C'est dans les années 1769 et 1770 qu'elle a été introduite par les matelots de Cook à la Nouvelle-Zélande et aux îles Sandwich. Longtemps mise en doute, cette assertion a été de nouveau vérifiée par Bouillon-Lagrange (5), lequel fait remarquer avec raison que les indigènes n'ont tout d'abord connu la syphilis que sous le nom de mal des Anglais. Cette maladie, en tout cas, prit bientôt la plus grande extension dans ces îles (6), principalement à Taïti (7), où elle exerça d'abord des ravages considérables dans la population indi-

(1) *Darstellung der Krankh. in den Tröpenlandern*, 187.

(2) *Die Battaländer auf Sumatra*, II, 300.

(3) *Histoire de Sumatra*, trad. franç. Paris, 1788.

(4) *Voyage médical autour du monde*, 1829, p. 100.

(5) *Journ. général de médec.*, I, 38.

(6) Voy. pour la Nouvelle-Zélande. Lesson, *loc. cit.*, p. 119. — Polack, *Manners and customs of the New-Landen*, 11. — Power, *Sketches in New-Zeland*. London, 1849, 146. — Thompson, *British and foreign med. chir. Review*. Loc. cit. — Pour les îles Sandwich : Chopin, *American Journal*, mai 1837, 43. — Jarves, *History of the Sandwich Islands*. London, 1843. — Lockwood, *American Journ.*, janv. 1846, 91. — Gulick, *New-York Journ. of med.*, mars 1855.

(7) Lesson, p. 55. — Wilson, *Edinb. med. and surg. Journ.*, II, 284.

gène. Depuis lors, elle sévit avec moins d'intensité. — Dans le continent australien, et particulièrement dans la terre de Van-Diemen, la syphilis était tellement rare au commencement de ce siècle, que, de 1821 à 1831, Scott (1) n'observa, à Hobartstown, que six fois des accidents primitifs; encore provenaient-ils de Sidney et de l'Ile-de-France. Depuis l'année 1834, cette maladie, au rapport de Dempster (2), a pris de l'extension, tellement qu'aujourd'hui elle est généralement répandue dans tout le pays, du moins parmi les Européens qui l'habitent. C'est de la même façon que s'est comportée la syphilis dans quelques groupes insulaires polynésiens, et surtout aux îles Marquises et Gambier. A l'île des Pins (sud-est de la Nouvelle-Calédonie), les chancres, dit Vinson (3), revêtent ordinairement le caractère phagédénique; mais les accidents secondaires et tertiaires n'y sont pas fréquents. Peu répandue aux îles Tonga et Samoa (4), la syphilis n'a pas encore que l'on sache pénétré jusqu'ici dans quelques-unes de ces terres posées au milieu de l'océan Pacifique.

§ 4. — Afrique.

a. *Afrique méridionale.* — Si, comme le prétend Chapotin (5), la syphilis, au commencement de ce siècle, était peu répandue à l'île Maurice, depuis lors les maladies vénériennes s'y sont montrées sous les formes les plus hideuses. Nous en avons vu un grand nombre, dit Lesson (6), où les symptômes étaient au maximum d'intensité. Les malades appartenaient à la race nègre, et ils étaient traités à l'hospice civil de la Grande-Rivière. Il est vrai que les nègres, avant de déclarer l'infirmité, essaient de la combattre par des remèdes qu'ils croient propres, et en buvant des tisanes faites avec des écorces d'arbres qu'ils vont dépouiller dans les bois. » Mounier (7) rapporte que la syphilis et les inflammations aiguës ou chroniques des viscères abdominaux sont les affections les plus fréquentes et les plus graves chez les indigènes de l'île de Nossi-bé. A Madagascar, les accidents syphilitiques, connus depuis un petit nombre d'années, ont néanmoins

(1) *Provinc. med. Transact.*, III.
(2) *Calcutta med. Transact.*, VII, 359.
(3) Thèse de Paris, p. 85, 1858, *Élém. de topogr. méd. de la Nouv.-Calédonie*, etc.
(4) Wilkes. *Narrative of a voyage*, etc., III, 32.
(5) *Topographie médicale de l'Ile-de-France*, Paris, 1812, p. 76.
(6) *Loc. cit.*, p. 144.
(7) Thèse de Paris, 1849, *De la fièvre interm. à l'île de Nossi-bé.*

déjà pris un assez grand développement, leur marche y est relativement aiguë et rapide (1). Cherzer (2) et Schwarz (3) font remarquer que la syphilis, généralement rare au Cap, se trouve moins répandue encore dans l'intérieur du pays. Cette maladie, suivant Livingstone (4), serait totalement inconnue dans le centre de l'Afrique du sud, où d'ailleurs elle se guérirait d'elle-même. « Ce mal affreux, rapporte cet intrépide missionnaire, ne persiste jamais sous aucune forme dans l'intérieur de l'Afrique, chez les indigènes dont la race n'a pas été croisée. Il en est autrement pour les individus de sang mêlé. Chez tous les mulâtres que j'ai été appelé à soigner, la violence des symptômes secondaires a toujours été en proportion de la quantité de sang européen qui coulait dans les veines du malade; chez les Corounas, chez les Gricquos et les métis portugais, l'affection produit les mêmes ravages qu'en Europe. J'ai trouvé chez les Barotjès une maladie qu'ils appellent manassah, et qui ressemble énormément au *fœda mulier* de l'histoire. »

b. *Nubie et Abyssinie, et centre de l'Afrique.* — Au rapport de Brocchi (5) et d'Ebn-Omar-el-Junsy (6), la syphilis serait devenue une véritable calamité dans les pays nègres, et principalement dans le Darfour, où elle est connue sous la dénomination de maladie française. Cette maladie, qui dans le Cordofan et le Sennaar aurait été importée, selon Pruner, par des convois de troupes venant d'Égypte, revêt, ainsi que le prétendent Veit (7) et Brocchi, la plupart des caractères d'un état morbide endémique. De même, après avoir fait invasion, au commencement de ce siècle, dans les vallées circonscrites de l'Abyssinie, le mal dont il s'agit y a rapidement acquis une grande et importante extension, tandis qu'il a, jusqu'à ces derniers temps du moins, respecté les habitants des pays Gallas (8). Un point important à vérifier serait la prétendue introduction de la syphilis

(1) Daullé, *Cinq années d'observations médic. dans les établiss. de Madagascar* (côte Ouest). Thèse de Paris, 1857.

(2) *Zeitschrift der Wien. Aerzte*, 1859, n° 11.

(3) *Ibid.*, 1858, n° 40.

(4) *Missionary Travels*, London, 1857, 128. *Société anthropol.*, t. I, 237.

(5) *Giornale*, etc., V, 201.

(6) *Voyage au Darfour*, Paris, 1845.

(7) *Wurtemberg. med. Correspondenzbl.*, IX, 107.

(8) Voy. Pruner, *loc. cit.*, 177. — Tamisier, *Voyage en Abyssinie.* Paris, 1839. — Rochet d'Héricourt, *Voyage dans le pays d'Adel*, etc. Paris, 1841. — Aubert-Roche, in *Annales d'hygiène*, XXV, 15.

en Abyssinie, par les Portugais, au quinzième siècle. Selon Aubert-Roche, cette maladie cède facilement, dans cette contrée, à un léger traitement, pourvu qu'on ait soin d'éviter les grandes hauteurs, où ses symptômes cutanés paraissent s'aggraver rapidement (1). Les Nubiens (2) empruntent au règne minéral un spécifique précieux contre les maladies syphilitiques, la téréba, terre grisâtre, imprégnée peut-être de sels de mercure. Pendant trois jours, les malades, mis à la diète, sont gorgés de téréba; pendant trois jours, l'usage en est suspendu, puis repris et abandonné de nouveau par périodes de trois jours. On assure dans le Soudan que les maladies les plus invétérées ne résistent pas à neuf jours de ce traitement. Des auteurs recommandables (3) constatent que la syphilis, bien que fréquente en Égypte et surtout au Caire, y est néanmoins bénigne. Dans la haute Égypte, soit qu'elle se rencontre à l'état primitif, ou avec des symptômes constitutionnels, quarante jours d'usage de salsepareille en poudre, joints à la diète sèche, des bains de vapeur, deux ou trois purgatifs, suffisent en général pour détruire les effets du virus. A Alexandrie, sur 8 230 malades entrés à l'hôpital européen, de 1844 à 1861, il y eut 589 syphilitiques, dont 6 morts (4).

En Algérie, cette maladie est très-répandue, comme l'établissent les observations de Hermann (5), Schönberg (6), Langg (7), Bertrand (8), Armand (9), etc. Furnari (10) remarque qu'elle y est surtout fréquente et maligne depuis l'occupation française, tandis que Deleau, Armand, Daga (11), s'accordent à reconnaître que les ravages qu'elle produit doivent être avant tout attribués à l'incurie des Arabes. Richardson (12) prétend l'avoir rencontrée jusque dans l'oasis

(1) *Dict. encycloped. des sciences médic.* Paris, 1864, t. I, p. 251.

(2) *Mission de Ghadamès.* Alger, 1863, p. 351. Note médicale sur le Soudan.

(3) Pruner, *loc. cit.* — Clot-Bey, *Gaz. méd. de Paris*, 1839, n° 45; et *Aperçu général sur l'Égypte*, II, 324. — Griesinger, *Archiv für physiol. Heilkd.*, 1853, n° 2.

(4) Schnepp, *Du climat d'Alexandrie.* Paris, 1862.

(5) *De morbis qui Algerii occurrunt.* Herbipoli, 1833, 31.

(6) *Esquisse sur l'Algérie.* Copenhague, 1837, 41.

(7) *Bibliothèque pour les médecins*, 1847, II, 298.

(8) *Médecine et hygiène des Arabes.* Paris, 1855.

(9) *Algérie médicale.* Paris, 1854, p. 415.

(10) *Voyage médical dans l'Afrique septentrionale.* Paris, 1845.

(11) *Archiv. gén. de médecine.* Paris, 1864, p. 158 et 287.

(12) *Travels in the great desert of Sahara*, etc.

de Ghadamès, au sud-est de Tripoli. « A Ghadamès, dit le docteur Hoffmann (1), la syphilis me paraît caractérisée par la prédominance des manifestations cutanées (syphilides). Les exostoses viennent après les syphilides, puis indistinctement et avec une égale fréquence, les affections bucco-pharyngiennes, le coryza ulcéreux, etc. Cette terrible maladie se transmet dans toutes les familles, soit par l'hérédité, soit exceptionnellement par une contagion directe, c'est-à-dire chancreuse; soit, presque toujours, par la contagion des accidents secondaires, s'opérant par diverses voies, et surtout par la bouche, qui s'infecte au contact des vases et objets d'un usage commun. Le traitement consiste dans une diète très-sévère de quarante jours, et l'usage de la salsepareille (acheba) en tisane ou aliments. »

c. *Côte orientale.* — Déjà, au commencement du dernier siècle, la syphilis existait sur une grande échelle, le long de la côte orientale de l'Afrique, et particulièrement au Congo; aujourd'hui elle est tout aussi fréquente sur la côte de Sierra-Leone, dans la baie de Benin (2), à Biafra, et dans les îles voisines (3). A cet égard, Daniell nous apprend que dans le royaume de Benin, et le long de la rivière du même nom, cette maladie est une des plus fréquentes et des plus fatales de toutes celles auxquelles sont exposés les habitants mâles, chez lesquels elle exerce une prédominance marquée. Un grand nombre d'entre eux meurent dans leur jeunesse, faute des remèdes nécessaires à leur guérison. Il n'est pas rare de voir les accidents durer pendant les deux tiers de la vie des individus. Les formes les plus graves de syphilis, venues à ma connaissance, dit cet auteur, ont été des ulcères phagédéniques, gangréneux et malins, attaquant assez indistinctement les deux sexes; la gonorrhée virulente, les nodus, les éruptions cutanées et la plupart des manifestations syphilitiques, y sont prédominantes, et résistent très-souvent au traitement rationnel et énergique des médecins européens. Cependant Thévenot (4) affirme que la syphilis est très-rare dans la Sénégambie, et que les seuls cas qu'il ait observés

(1) Mission de Ghadamès, *Rapport officiel*. Alger, Duclaux, 1863. Rapport médical par le docteur Hoffmann, p. 345. Précieuse indication que je dois à l'obligeance de mon excellent ami H. Forneron, inspecteur des finances, à Oran.

(2) Oldfield, *Lond. med. and surg. Journ.*, novemb. 1835, 403.

(3) Daniell, *Sketches of the med. topogr. of the Gulf of Guinea*. London, 1849, 43, 96, 114, 138.

(4) *Traité des maladies des Européens*, etc., 247, 249.

dans ce pays appartenaient à des Européens nouvellement débarqués.

A l'île de Madère, cette maladie, au rapport de Kampfer (1), règne principalement sur les côtes et dans les grands ports de mer (Funchal); elle est rare à l'intérieur des terres.

§ 5. — Amérique.

Un intérêt tout particulier s'attache à la recherche de l'existence de la syphilis en Amérique; pendant longtemps, en effet, cette terre a été regardée comme le berceau de la maladie vénérienne, et cette manière de voir eut des partisans acharnés. — Delgado (2), cependant, soutint que la syphilis était d'importation européenne, et, plus récemment, des voyageurs ont été conduits à partager ce sentiment, qui s'appuie, en définitive, sur les relations qui ont existé entre les indigènes et les colons. Des observations faites à la fin du dernier siècle, et au commencement de celui-ci, prouvent en effet que la syphilis était inconnue, ou du moins fort peu répandue dans le nord et dans le sud de l'Amérique, tant que les naturels sont restés éloignés des Européens, mais que, depuis, l'extension de cette maladie a toujours été proportionnelle à l'intimité des rapports établis entre ces peuples et ceux d'Europe. Aujourd'hui même, certaines tribus indiennes, restées sans communication avec les Européens, sont exemptes du fléau syphilitique. C'est là un nouveau fait, on le conçoit, peu favorable à la doctrine de l'origine américaine de la syphilis.

Kalm (3) rapporte que dès le commencement du siècle dernier, et même avant l'invasion européenne, la syphilis était connue au Canada, où elle avait été introduite à la suite des luttes qui fréquemment existaient entre les indigènes et d'autres tribus plus méridionales en rapports commerciaux avec nous. Nous savons d'ailleurs que, vers la fin du même siècle, elle prit une grande extension, et exerça des ravages effroyables parmi les naturels du pays. Plus récemment, elle sévit avec une égale intensité chez les indigènes de la Colombie et des provinces du territoire russe du nord de l'Amérique (4).

(1) *Hamburg Zeitschrift für Medicin*, XXXIV, 160.

(2) *Del modo di adoperare il legno santo d' India occidentale*. Venise, 1509, in-4°.

(3) *Svenska Vetensk. Academ. Handl.*, XI, 280.

(4) Voy. Blaschke, *Topogr.*, 66. — Romanowsky, in *Med. Zeitung. Russland*, 1849, n° 20.

La syphilis, aux États-Unis d'Amérique, ne diffère pas de ce qu'elle est en Europe; chez les nègres (1) toutefois, elle est fréquente et maligne, comme aussi parmi les tribus indiennes (2) de l'ouest depuis leurs relations avec les Européens. Elle a pris, parmi les indigènes de la Californie, une extension telle qu'il n'est pas rare, au dire de Praslow, de voir tous les membres d'une même famille en être affectés. Elle n'est pas moins répandue au Texas, où Husson (3) et Swift (4) la font provenir des communications établies entre les Indiens et les Mexicains.

On s'accorde (5) généralement à reconnaître que la syphilis a pris au Mexique une extension plus considérable que sur la plupart des points de la surface du globe; le peuple y est même si peu renseigné sur la nature de ce mal, qu'il en parle comme de toute autre maladie, l'attribue à des influences générales, et ne doute pas de sa genèse spontanée. Dès le siècle dernier, Hunter (6) nous apprenait que la syphilis était plus rare aux Antilles, et particulièrement dans les parages où on a prétendu qu'elle avait son origine, que dans toute contrée d'Europe. De son côté, Cordoba (7) insiste sur la rareté relative de la syphilis à Porto-Rico, et se prononce pour l'importation espagnole. Plus récemment, Clark (8) affirme que la syphilis est à peine connue dans certaines îles des Indes occidentales. Cette maladie, au rapport du même auteur, est si peu fréquente parmi les troupes anglaises de la Jamaïque, qu'il est possible d'en observer plus de cas dans un seul régiment des Indes orientales que dans toute la garnison des Antilles (9). A Haïti, toutefois, elle est plus répandue et plus maligne, surtout parmi les nègres (10). Le libertinage et le peu de pré-

(1) Tidymann, in *Philosoph. Journ. and physic. sc.*, III, nº 6.

(2) Hunter, *American med. Record*, V, 412.

(3) Coolidge, *Statistical Report*, etc. Philadelphia, 1856, 377.

(4) *Ibid.*, 385.

(5) Voy. Uslar, in *Preuss. med. Vereins Ztg.*, 1843, nº 36. — Stricker, in *Hamb. Zeitschr. für Med.*, XXXIV, 530. — Newton, *Med. topogr. of the city of Mexico*. New-York, 1848. — Porter, in *American Journ.*, jan. 1853, 40.

(6) *Remarques sur les maladies des troupes dans la Jamaïque*. Leipsick, 1792, 214.

(7) *Memor. geograf. de la Isla de Puerto-Rico*. Sanmiltan, 1831.

(8) *Madras Quarterly med. Journ.*, I, 381.

(9) Voy. encore Saunders dans Hermann Holder, *Traité des malad. vénériennes*, p. 132.

(10) Hirsch, *Hist. geographisch. Pathologie*, t. I, p. 363.

cautions qu'on apporte à Saint-Domingue dans l'usage des femmes font qu'il y a dans ce pays peu de maladies plus communes que les affections vénériennes, qui, outre leurs symptômes ordinaires, se montrent sous plusieurs formes, et compliquent la plupart des maladies (1).

La syphilis, dans l'Amérique centrale (2) et dans plusieurs des points de l'Amérique du Sud, se montre avec une extension égale à celle qu'elle présente au Mexique. Au Brésil, elle constitue une maladie commune et surtout grave parmi la population indienne qui est en relations avec les peuples d'Europe (3), tandis que, selon Martius (4), elle serait entièrement inconnue des tribus qui vivent à l'ouest. Elle est fréquente en Bolivie (5), au Pérou (6), au Chili (7), dans les États de Rio de la Plata (8). Tschudi observe que les maladies syphilitiques sont tellement répandues dans toute la confédération Argentine, que même dans les localités les plus isolées, on trouve des individus affectés de déformation formidable de la face. Oister rapporte que le tiers de la population de Cordova est atteint de la syphilis, et que les individus frappés de ce mal se trouvent par douzaines mendiant dans les rues. Eu égard à l'avénement de la syphilis dans ces contrées, il résulte des recherches de Tschudi, que cette maladie n'était pas connue au Pérou avant la conquête, et suivant cet auteur et plusieurs autres, elle a dû y être introduite ou par les Espagnols ou par les nègres. Moins répandue au Chili, dans la population indigène que parmi les Européens, la syphilis est enfin entièrement inconnue des tribus qui vivent à l'ouest des Andes.

Telles sont, en somme, les principales données sur l'état de la syphilis dans les différentes parties du globe. Maintenant que nous avons fait connaître les grands traits historiques de cette maladie, depuis les

(1) *Conseils aux Européens dans les climats chauds*, t. VIII, p. 463. *Maladies communes à Saint-Domingue.*

(2) Voy. Bernhard, in *Deutsch. Klinik*, 1854, n° 11.

(3) Pleasants, *Americ. Journ.*, jul. 1842, 88. — Rendu, *Études topograph.*, etc. *sur le Brésil.* — Sigaud, *Du climat et des maladies du Brésil*, 117, 133, 421.

(4) Buchner, *Repertor. für Pharmacie*, XXXIV.

(5) Bach, *Zeitschrift für vergleich. Erdkunde*, III, 543.

(6) Lesson, *Voyage*, p. 27. — Tschudi, *Œst. med. Wochenschrift*, 1846, 474.

(7) Poppig, in *Clarus und Radius Beiträge zur Heilkunde*, I, 529. — Laforque, *Bulletin de l'Académie de méd.*, XVII, 189.

(8) Brunel, *Observ. topograph.*, etc., 45. — Tschudi, *Wien. med. Wochensch.*, 1858, n° 45.

temps les plus reculés jusqu'à nos jours, le moment est venu de porter nos regards en arrière et d'embrasser d'un coup d'œil général l'espace qui vient d'être parcouru. Dans tous les temps et pour ainsi dire dans tous les lieux, partout où a existé un système d'observations médicales, on a noté l'existence d'affections variées des organes génitaux, dont quelques-unes ne sont pas sans analogie avec l'accident primitif de la syphilis de nos jours. Les ulcères de la bouche et de la gorge, les éruptions de la peau, les altérations du système osseux, bien que moins fréquemment signalés, n'ont cependant pas fait défaut. Depuis les temps les plus anciens, par conséquent, on a connu la plupart des manifestations à la réunion desquelles nous appliquerons la dénomination de syphilis. Une seule chose a manqué aux premiers observateurs, qui est la connaissance synthétique de cette maladie; aussi les accidents qui s'y rattachent sont-ils, les uns, décrits séparément dans le chapitre consacré aux ulcères des parties génitales; les autres, confondus et relégués dans le domaine des maladies ordinaires de l'époque et de la lèpre en particulier. Il a fallu la grande épidémie du quinzième siècle pour montrer la relation qui unit l'accident primitif aux accidents secondaires et tertiaires, c'est-à-dire les facies ulcères des parties génitales aux éruptions de la peau, et aux affections des os. Dès ce moment seulement, la syphilis est apparue constituée de toutes pièces, et de cette époque date en réalité l'établissement du système syphiligraphique actuel. Obscur à ses débuts, ce système a été peu à peu débrouillé. Bientôt, en effet, fut reconnue la contagion par ce *quid ignotum,* qui prit le nom de *virus,* et le rapprochement sexuel fut considéré comme la cause la plus fréquente de la contamination. L'évolution du mal fut mise à jour, les manifestations les plus profondes, celles-là seulement qui attaquent les viscères, restèrent dans l'ombre. Un jour vint cependant, qui n'est pas éloigné de nous, où l'on se prit à douter de la solidité du brillant échafaudage dressé par une observation de plusieurs siècles. Un instant ébranlé sous l'influence de l'agitation des esprits éveillés par les idées révolutionnaires de Broussais, cet échafaudage ne tarda pas à reprendre des assises meilleures et à se consolider au point de devenir inébranlable. Pourtant des observateurs consciencieux se demandent encore si l'épidémie du quinzième siècle est bien la syphilis, et, sur ce point, le doute semble persister; mais il ne peut être que passager. Les endémo-épidémies postérieures à celle de 1495 pré-

sentent, en effet, avec cette dernière, au dire de la plupart des observateurs, une similitude tellement parfaite, qu'il n'est guère possible de douter de leur identité; et peut-être même serait-on autorisé à rapprocher de ces manifestations épidémiques, à l'exemple de certains auteurs, quelques maladies observées et décrites dans des temps plus anciens. Ce qui, du reste, prouve d'une façon peu contestable la nature syphilitique de ces diverses épidémies, c'est le rapprochement possible de leurs désordres symptomatiques avec ceux de la syphilis étudiée, aujourd'hui même, au milieu de circonstances particulières à certaines contrées. De cette étude ressort ce fait important que, tandis qu'il est des localités où la syphilis est généralement bénigne, ou même n'a pu jusqu'ici ni s'acclimater, ni se développer, il en est d'autres où cette maladie, très-répandue, se montre habituellement sous les formes les plus hideuses et les plus graves; tels, par exemple, les grands ports de mer, ceux-là surtout où la température est basse et l'abus des boissons alcooliques fréquent; telles encore certaines contrées où cette maladie se présente avec un ensemble symptomatique peu différent de celui qui a été observé dans le cours des plus graves épidémies. Dans ces lieux par conséquent, ou mieux dans les conditions diverses des individus qui les habitent, il importe de chercher la raison des épidémies de syphilis et de celle de la Renaissance en particulier. Or, les circonstances qui, en certains endroits, paraissent aggraver la syphilis; le défaut d'acclimatation, les fatigues, les excès, l'encombrement, et peut-être aussi la contamination d'une race à une autre, sont précisément celles au milieu desquelles s'est développée la grande épidémie de 1495. Ainsi tout porte à croire que la maladie épidémique de cette époque n'a différé, ni dans ses causes, ni dans sa nature, d'un certain nombre de cas de syphilis de nos jours survenus, pour la plupart, dans des conditions spéciales. Notons en outre que la maladie de Naples a pu être influencée dans sa propagation par la température élevée de l'année. « *Cette année-là*, dit Commines dans ses Mémoires, *tous les vins d'Italie étaient aigres*, *ce que nos gens ne trouvaient point bon*, *ni l'air qui était si chaud.* » Remarquons de plus qu'un grand nombre des épidémies de syphilis qui ont suivi celle du quinzième siècle, ont eu, comme cette dernière, une guerre pour point de départ. A ces épidémies, du reste, nous pourrions encore ajouter, entre beaucoup d'autres, celle dont Fergusson nous a conservé la relation, et qui sévit,

en 1814, sur les troupes anglaises de l'Espagne. De même que la plupart des maladies, la syphilis est donc soumise à des variations diverses subordonnées elles-mêmes à des conditions particulières de temps et de lieu, tellement que, légère et bénigne aujourd'hui, dans des circonstances données, cette maladie, plus tard, pourra devenir grave et maligne, ces circonstances venant à changer, et réciproquement.

N'aurait-elle d'autre point de vue, l'étude qui précède ne peut être stérile; aussi comptons-nous plus tard en tirer des déductions étiologiques du plus grand intérêt. Pour l'instant, et après les considérations dans lesquelles nous sommes entré, nous croyons pouvoir émettre, à titre de conclusions générales, les propositions suivantes :

1° Les affections syphilitiques paraissent avoir été vues ou même décrites dans les temps les plus reculés; toutefois, comme le lien qui réunit ces diverses manifestations, et en constitue une unité pathologique, avait échappé aux anciens observateurs, il faut bien reconnaître que le système nosographique de la syphilis ne date en réalité que de la fin du quinzième siècle.

2° En dehors de sa forme commune et habituelle, la syphilis se montre parfois sous les formes épidémique ou endémique. Rare et presque exceptionnelle, la première de ces formes n'apparaît que dans des circonstances spéciales; plus générale, la seconde est pour ainsi dire la forme ordinaire de la syphilis dans certaines localités où il y a agglomération d'individus non encore acclimatés, et en particulier dans les grands ports de mer.

3° Répandue sur presque toute la surface du globe, la syphilis ne sévit pas partout avec une égale intensité; tandis que, dans certaines contrées, telles que l'Islande (Schleissner), le centre de l'Afrique méridionale (Livingstone), elle germe à peine et ne peut se développer, il est des lieux (littoral de la mer Baltique et de la mer Adriatique, îles Moluques, Mexique, etc.) où elle prend une extension et une intensité qui lui donnent beaucoup des allures de l'épidémie du quinzième siècle.

DEUXIÈME PARTIE

NOSOGRAPHIE

DÉFINITION ET DIVISION.

La *syphilis* est une maladie spécifique, transmissible par contact ou par hérédité, caractérisée par un développement lent, périodique, progressif, et surtout par des altérations de la substance conjonctive sans tendance directe à la suppuration.

Elle est ou accidentelle ou héréditaire :

Accidentelle, quand elle a été transmise par contagion ou par inoculation ;

Héréditaire, lorsqu'elle remonte à un père ou à une mère déjà infectés.

Ces deux formes morbides distinctes dont la première a pour manifestation initiale une altération siégeant au point contaminé, tandis que la seconde se traduit d'abord par des accidents multiples et diversement localisés dans l'économie, méritent chacun une description particulière et seront l'objet tour à tour de nos études.

SYPHILIS ACCIDENTELLE. — SES PÉRIODES.

La connaissance des phases diverses que subit la syphilis accidentelle ou acquise n'a pas complétement échappé aux syphilographes des premiers temps, à ceux du seizième siècle en particulier. L'Espagnol Ruiz Diaz de Isla (1) voit déjà dans l'évolution générale des nombreuses affections syphilitiques la possibilité d'introduire une division ; il admet trois formes : une première, que caractérise une éruption générale de boutons, guérit sans traitement; une deuxième, dans laquelle il y a apostèmes et ulcères, réclame l'intervention d'une

(1) *Tractado*, etc., en casa de Robertis, Sevilla, 1539, in-fol. et Rengifo, Thèse de Paris, 1863, p. 38.

médication mercurielle; une troisième enfin, qui s'accompagne de fièvre, d'amaigrissement, de la perte graduelle des forces, de douleurs atroces, et qui est, pour l'auteur, l'infection universelle.

Jean de Vigo (1), au commencement du seizième siècle, divise les accidents du mal français en deux époques : *morbus non confirmatus*, c'est-à-dire l'accident primitif; *morbus confirmatus*, c'est-à-dire l'infection constitutionnelle.

Un peu plus tard, Fernel et Thierry de Héry reconnaissent plusieurs périodes dans l'évolution de cette maladie. Pour le célèbre médecin de Henri II (2), le virus, primitivement fixé aux parties génitales, envahit bientôt la périphérie du corps, et y détermine une affection de la racine des poils; c'est le premier degré de la maladie. Dans le second degré, la peau, affectée à son tour, se couvre de nombreuses macules. Au troisième degré commence seulement la véritable maladie vénérienne; le virus a pénétré tout le corps, c'est l'époque des syphilides pustuleuse et ulcéreuse. Puis le virus atteint les parties solides. Les affections des os, des muscles et des nerfs, des douleurs atroces et un marasme qui peut conduire à la mort, constituent enfin le quatrième degré. Cette classification des accidents syphilitiques, déjà remarquable, a tout au moins l'avantage d'établir pour la première fois une distinction formelle entre les altérations superficielles et les altérations profondes de la peau.

La division par périodes des symptômes de la maladie vénérienne n'est pas moins remarquable dans Thierry de Héry : « Les symptômes ou accidents communs de cette maladie, dit cet auteur (3), sont plusieurs, desquels les uns *précèdent*, les autres *suivent*, les autres *surviennent*. Ceux qui précèdent sont ulcères de diverse nature... les autres (consécutifs) font pustules et ulcères naissants par tout le corps... Les derniers font douleurs fixes de toute la tête... principalement avec exostose ou souvent sont les os cariés et corrompus... »

Hunter reconnaît également des phases distinctes dans l'évolution de la syphilis. Suivant Ricord (4), le drame de la syphilis se divise naturellement en trois actes ou périodes :

(1) *Opera* Joannis de Vigo *in Chirurgia*. Lugduni, 1542.

(2) *Universa medicina*. Francfort, 1677, 23.

(3) *Méthode curatoire de la maladie vénérienne*, p. 133.

(4) *Lettres sur la syphilis*, 2e édit., 1856, p. 348. — Voir encore *Leçons sur le chancre*, 2e édit. p. 198.

1° *Accident primitif,* le chancre, résultat immédiat de la contagion;

2° *Accidents secondaires*, ou empoisonnement constitutionnel, résultant de cette infection:

3° *Accidents tertiaires,* se montrant rarement avant la fin du sixième mois.

A ces périodes, un dermatologiste éminent, Bazin (1) en a ajouté une quatrième, qui comprend les lésions viscérales, et qu'il désigne sous le nom de période quaternaire.

Ces divisions, qui, à la rigueur, ne sont pas absolues, paraissent généralement peu prisées en Allemagne. Baërensprung, syphilographe distingué de Berlin, envisageant la question surtout au point de vue anatomo-pathologique, admet simplement une période hyperémique et une période tuberculeuse. La syphilis secondaire se manifeste avant tout par des hyperémies, tandis que la vérole tertiaire produit partout le tubercule. Nous-même autrefois avons été conduit à développer une classification analogue dans un travail fait en collaboration avec notre ami, le docteur Gros (2). Par contre, Sigmund (3) adopte une division purement chronologique.

Virchow (4), toujours en s'appuyant sur l'anatomie pathologique, classe les symptômes de la syphilis constitutionnelle en deux groupes. L'un d'eux a le caractère passif ou négatif: marasme, cachexie avec ses lésions diverses, dégénérescences viscérales; l'autre, au contraire, comprend les phénomènes irritatifs ou actifs: inflammations diverses et néoplasies.

Cette division, quoique séduisante, est néanmoins susceptible d'un grave reproche, celui de laisser entièrement de côté tout ce qui concerne la marche de la maladie. En pareil cas, c'est un tort d'être trop exclusif, et s'il est important de tenir compte des modifications anatomiques, il faut aussi, avec les médecins français, savoir ne pas négliger l'ordre chronologique des phénomènes qui en sont l'expression symptomatique.

Ces deux principes pris en considération, on nous permettra de proposer la classification suivante, qui nous paraît avoir cet avantage d'indiquer les principaux traits de la syphilis et de montrer certaines

(1) *Leçons sur les syphilides*. Paris, 1859.
(2) *Traité des affections nerveuses syphilitiques*. Paris, 1861.
(3) *Wiener Medic. Wochenschrift*, 1856.
(4) *Traité de la syphilis constitutionnelle*. Paris, 1859, trad. franç. de P. Picard.

analogies d'évolution entre cette maladie et quelques-unes de celles qu'on appelle *virulentes*.

1° Période d'incubation;

2° Période d'éruption locale, ou de l'accident primitif;

3° Période d'éruption générale, dite des accidents secondaires;

4° Période des productions gommeuses, dite des accidents tertiaires et quaternaires.

Des différences très-notables séparent chacune de ces périodes; c'est, dans la première, l'absence complète de manifestations locales; dans la seconde, la présence d'une modification solitaire, unique, des tissus sur le lieu même où a été déposée la matière contagieuse. Des lésions multiples, mais superficielles, et qui ne laissent en général aucune trace appréciable de leur passage, caractérisent la troisième période, tandis que la quatrième se distingue par des altérations plus profondes et ordinairement suivies de cicatrices. D'ailleurs, inoculable et héréditaire dans la seconde et la troisième période, la syphilis ne paraît être contagieuse ni dans la première ni dans la dernière; du moins jusqu'ici aucune expérience, que je sache, n'a été tentée dans le but de s'assurer si cette maladie était transmissible pendant la période d'incubation, et les tentatives qui ont été faites pour savoir si elle était inoculable dans la période des accidents tertiaires n'ont eu aucun résultat positif. Elles sont en tout cas trop peu nombreuses pour être décisives ou péremptoires.

CHAPITRE PREMIER

PÉRIODE D'INCUBATION, SON EXISTENCE, SA DURÉE.

Nous entendons par incubation l'intervalle de temps qui s'écoule entre l'instant de l'absorption du virus syphilitique et le moment d'apparition de la première manifestation locale. C'est le moment de la modification qui précède la réaction de l'organisme.

Admise par un petit nombre de médecins, au milieu des dénégations générales, la doctrine de l'incubation syphilitique fut primitivement développée et soutenue par Alph. Cazenave (1) : « La syphilis, dit cet

(1) *Traité des syphilides*, p. 142 et suiv. Paris, 1843.

auteur, est une maladie générale dès son principe, qui commence à l'instant même où le contact infectant a lieu, comme dans toutes les maladies virulentes, et par conséquent générales..... Le symptôme primitif n'est pas le premier mode d'action de la syphilis, mais bien la première expression phénoménique de l'infection, et alors qu'il se manifeste, la maladie est déjà commencée. » Chausit (1) et Vidal (2) se montrèrent tout d'abord partisans de cette doctrine, aujourd'hui généralement adoptée par les plus éminents syphilographes (3), et à l'appui de laquelle on peut apporter deux ordres de preuves, les unes expérimentales, les autres cliniques.

Longtemps niée par une école célèbre, l'incubation de la syphilis n'a été réellement mise en lumière que dans ces derniers temps, grâce surtout, ce qu'il faut bien avouer, aux inoculations pratiquées sur des individus vierges de syphilis. Tentée, en partie, dans le but de chercher à prouver la contagiosité des accidents secondaires, l'inoculation syphilitique artificielle à des individus sains a appris, mieux que n'avait pu le faire l'observation clinique, que la réaction de l'organisme, au sein duquel a pénétré le virus, ne se manifeste pas immédiatement par des phénomènes extérieurs, mais seulement après un temps plus ou moins long, ainsi qu'il arrive dans toutes les maladies virulentes. Des expériences pratiquées, il résulte, en effet, que la plaie où a été déposé le produit qui a servi à l'inoculation ne tarde pas à se cicatriser à peu près comme le ferait une plaie simple ; la guérison toutefois est loin d'être définitive ; bientôt, à ce même endroit, apparaît une lésion unique, isolée, première manifestation de la souffrance de l'économie atteinte dans toutes ses parties. Le temps que met à se montrer cette manifestation particulière a été précisé, et ainsi a pu être déterminée la durée de l'incubation syphilitique. Le tableau ci-après, destiné à renseigner sur ce point, renferme des faits qui ne permettent pas plus les objections que les fins de non-recevoir.

(1) *Annales des maladies de la peau et de la syphilis*, t. IV, p. 177.
(2) *Traité des maladies vénériennes*, p. 196. Paris, 1855.
(3) Voy. Clerc, Rollet, Follin, Cusco, Diday, H. Lée, Bærensprung, Lindwurm, etc.

NOMS D'AUTEURS.	ACCIDENT qui a servi A L'INOCULATION.	DURÉE D'INCUBATION.	ACCIDENT PRIMITIF.	Intervalle de temps compris entre le moment d'insert du virus et l'apparit. des accid. consécutifs.	PREMIÈRES MANIFESTATIONS CONSÉCUTIVES.
		Jours.		Jours.	
Wallace (1)...	Condylomes. Inoculation par enlèvement de l'épiderme..........	28	Tubercul. qui ne sont que des chancres..	75	Syphilide squammeuse.
—	Tubercule ulcéré qui n'est vraisemblablem. qu'un chancre induré.......	21	Mêmes accidents....	89	Syphilide dite tuberculeuse.
—	Même accident.....	30	Id...............	66	Syphilide papulo-tuberculeuse.
—	Pustules psydraciées	29	Tubercule ulcéré, ou mieux, chancre induré.............	66	Syphilide squammeuse.
—	— —	30	Même accident.....	54	Syphilide papulo-squammeuse.
Vidal (2)......	Pustules d'ecthyma.	35	Deux chancres indurés.............	128 envir.	Roséole et plaques muqueuses. Alopécie.
Waller (3)....	Plaques muqueuses.	25	Chancre ecthymateux	50	Syphilide maculée.
—	Le Saug..........	34	Id...............	65	Roséole générale.
Rinecker (4)...	Pustules d'acné provenant d'un nouveau-né..........	28	Chancre infectant...	159	Céphalalgie. Embarras gastriq. Tubercules muqueux.
—	Tubercul. muqueux.	23	Id...............	76 à 80	Syphilide lenticulaire. Angine et plaq. muqueuses
Rollet et Guyenot (5)......	Plaques muqueuses.	28	Papule rougeâtre qui ne tarda pas à s'élever..............	76	Syphil. papuleuse et exanthematique.
Gibert (6).....	Plaques muqueuses secondaires de l'anus.............	18	Papule cuivrée saillante qui suinte et se couvre d'une croûte. Adénopathies.............	55	Syphil. papuleuse et pustuleuse.
—	Même accident.....	25	Même accident.....	37	Roséole syphilitique.
—	Sang pris au niveau d'une large papule squammeuse du front.........	35 envir.	Papule rougeât., étalée, sèche, irrégulière, légèrement squammeuse, de la largeur d'une pièce de 50 centimes...	72 environ.	Roséole syphilitique.
P. Pellizzari (7)	Sang proven. d'une saignée de la veine céphalique d'une femme atteinte de syphilis secondre.	25	Papule ronde, d'un rouge foncé, qui se recouvre d'une croûte qui tombe le onzième jour, et laisse à découvert un chancre induré.	65	Roséole sur le tronc.

(1) *Annales des maladies de la peau*, t. IV, p. 36-44. Paris, 1851-52.
(2) *Annales des maladies de la peau*, t. III, p. 115, 1850-51.
(3) *Annales des maladies de la peau*, t. III, p. 183-186.
(4) *Archives générales de médecine*, 5e série, t. I, p. 599, 1858.
(5) *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*. Paris, 1851.
(6) *Traité pratique des maladies de la peau et de la syphilis*, t. II, p. 456. Paris, 1860.
(7) *La Sperimentale*, anno XIII, serie IV, t. III, fasc. 9-10, anno 1861. Firenze.

Des faits consignés dans ce tableau il résulte que du dix-huitième au trente-cinquième jour, à partir du moment où a été pratiquée l'inoculation, apparaît l'accident initial, indice de l'infection générale. La durée de l'incubation, dans ces cas, varie par conséquent entre dix-huit et trente-cinq jours; elle est en moyenne de vingt-sept jours. Il s'agit surtout ici d'inoculation d'accidents secondaires. Dans un cas où Rollet (1) inocula le pus d'un chancre infectant, chez un malade déjà possesseur de deux chancres mous, l'incubation ne fut que de dix-huit jours. Elle fut de vingt-huit jours chez une jeune fille exempte de tout accident, qui fut inoculée en 1859 par Bærensprung, avec le produit de sécrétion d'un chancre induré, et de vingt-trois jours dans un semblable cas rapporté par Lindwurm.

L'observation clinique, pour être concluante en pareille matière, devant se présenter dans des conditions spéciales et pour ainsi dire exceptionnelles, il est bien rare qu'elle ait toute la précision désirable.

Wallace de Dublin, Waller de Prague, et quelques autres auteurs, ont cependant rapporté à ce sujet des exemples probants ou du moins peu contestables. Chez un élève de l'École d'Alfort, dont le docteur Chausit (2) nous a laissé l'histoire intéressante, l'incubation dura du 21 avril au 18 ou 19 mai, c'est-à-dire vingt-sept ou vingt-huit jours. Dans un fait que nous avons été à même d'observer, et que voici en quelques mots, elle dura à peu près le même espace de temps.

Obs. I. — Un jeune étudiant en droit de mes amis quittait Paris le 18 juillet 1859, pour aller passer à la campagne la saison des vacances. Arrivé dans une petite ville de province, il vivait au sein de sa famille et avait une conduite exemplaire, lorsque, le 15 août, il me montra une ulcération conique, à bords relevés et durs, à fond grisâtre, qui siégeait à gauche sur le scrotum, et qui s'accompagnait d'adénopathie mono-ganglionnaire. Cette ulcération, dont le diagnostic ne pouvait être un seul instant douteux, s'était manifestée depuis quelques jours seulement, bien que mon jeune ami, qui n'avait aucun intérêt à me tromper, m'affirmât de la meilleure foi qu'il n'avait pas eu le moindre rapprochement sexuel depuis plusieurs jours avant son départ de Paris. Après avoir pris les précautions nécessaires pour m'assurer qu'il ne se méprenait pas sur le début de l'accident, je demeurai convaincu que le chancre s'était montré près d'un

(1) *Études cliniques sur le chancre produit par la syphilis secondaire* (*Archives de méd.*, 1859, vol. I, p. 409).

(2) *Annales des maladies de la peau et de la syphilis*, t. IV, p. 171.

mois après le dernier coït. J'ordonnai des pilules de proto-iodure d'hydrargyre, et bientôt le chancre avait disparu. — Plus tard, il y eut des manifestations secondaires.

Cependant, dans vingt-huit cas étudiés à ce point de vue par Diday, la durée moyenne d'incubation n'a été que de quatorze jours. A la vérité, quand on voit figurer dans la statistique de cet auteur des faits où il y a au plus quelques jours d'incubation, on se demande si les renseignements fournis par les malades n'ont pu manquer d'exactitude, et on est peu disposé à accepter le résultat. Tout porte à penser, en effet, que la durée de l'incubation syphilitique ne varie pas avec le mode de transmission. Toutefois, comme cette durée n'est pas toujours égale, on peut se demander à quoi tiennent les différences.

Serait-ce à la qualité du virus ou à l'âge de l'accident inoculé? Sur dix observations dans lesquelles la matière d'inoculation provenait d'un accident secondaire, l'incubation a été de vingt-huit jours, tandis qu'elle n'a duré que dix-huit jours dans deux cas où le pus inoculé avait été fourni par un accident primitif. Dans d'autres cas, il est vrai, elle a été plus longue.

Pourtant, s'il était permis de tirer des conséquences de faits aussi peu nombreux, il résulterait que la période d'incubation syphilitique serait plus courte dans les cas de transmission par l'accident primitif; et si, d'autre part, il était avéré, ainsi que le prétend Diday, que la syphilis communiquée par un accident secondaire est moins grave que celle qui provient d'un chancre, suivrait cette autre proposition que : plus est longue la durée d'incubation, plus sont légères les manifestations de l'infection générale.

Certes, un semblable résultat ne manquerait pas d'importance sous le rapport du pronostic tout au moins. Mais, avant de porter un jugement définitif sur ce point délicat, il convient d'attendre de nouveaux faits, et jusqu'ici on ne peut cesser d'attribuer à l'aptitude morbide du malade une certaine part dans le degré de gravité des accidents consécutifs.

L'étude comparative des maladies virulentes, la rage exceptée, nous apprend qu'il y a une relation peu contestable entre la durée d'incubation et la durée d'évolution de ces maladies; la syphilis, maladie chronique par excellence, est aussi celle qui a l'une des plus longues incubations. A ce point de vue, ne serait-il donc pas possible d'établir ici un rapprochement avec ce qui se passe dans la série des êtres, où la période de développement et la longévité sont dans un rapport à peu

près constant? Mais, quel que soit du reste l'intérêt qui s'attache à la connaissance de la durée de l'incubation syphilitique, un fait reste acquis; c'est l'existence même de cette incubation. Dès lors il n'est plus possible de considérer, avec Hunter et Ricord, le chancre comme une lésion locale n'infectant que plus tard l'économie. Il faut voir dans cet accident la *traduction extérieure et primitive d'un état général déjà acquis*, d'où cet enseignement pratique, que la cautérisation de l'ulcère syphilitique, employée en tant que méthode abortive, est complétement inutile.

De même que les manifestations locales, les troubles généraux de l'organisme font ordinairement défaut dans cette première étape de la syphilis; et cependant, il y a lieu de se demander si déjà l'organisme n'est pas en souffrance. Le malade, dont l'observation a été rapportée par Chausit (1), présenta, pendant le cours de cette période, de l'amaigrissement, de la pâleur, de la fatigue, du malaise, un état de chloro-anémie, les apparences, en un mot, d'une maladie sérieuse, le tout sans cause appréciable. On conçoit toutes les difficultés d'un diagnostic dans de semblables conditions. Verrait-on apparaître les symptômes précédents à la suite d'un coït suspect, qu'il serait à peine possible de soupçonner le début d'une maladie syphilitique.

La grave responsabilité qu'entraîne à sa suite l'inoculation artificielle du virus syphilitique à un individu sain laissera encore longtemps douteuse la question de savoir si le sang est déjà virulent dans cette première période de la syphilis, et si l'individu déjà infecté est encore apte à recevoir une nouvelle contamination. Sur ce point, toutefois, il est possible de faire appel à l'analogie et à l'induction. Il est permis de croire, en effet, que la syphilis ne se comporte pas à cet égard autrement que la vaccine et la variole.

CHAPITRE II

PÉRIODE D'ÉRUPTION LOCALE.

Cette période comprend tout l'intervalle de temps qui s'écoule depuis l'instant où commence à se montrer la réaction de l'organisme

(1) *Ann. des maladies de la peau et de la syphilis*, t. IV.

au niveau du point contaminé jusqu'à l'époque où surviennent les premières manifestations générales. A cette période se rattachent :

1° L'altération locale au point contaminé ou l'accident syphilitique primitif avec ses formes variées ;

2° Les modifications concomitantes du système lymphatique, adénopathies et lymphangites.

Une lésion tégumentaire ordinairement unique, accompagnée d'adénopathies sèches, dures et multiples, apparaissant tout d'abord sous la forme d'une papule, qui plus tard, en général, s'érode ou s'ulcère, et se montre toujours plusieurs semaines avant l'invasion des symptômes généraux ; c'est, en somme, en quoi consiste l'accident initial, qui, par son évolution lente, sa tendance à la plasticité plutôt qu'à la suppuration, révèle déjà, à la façon des pustules initiales de la vaccine et de la variole, ce que seront plus tard les diverses localisations morbides de la maladie infectieuse.

La dénomination de *chancre induré* ou *chancre Huntérien*, qui sert depuis longtemps à désigner cette première manifestation de la syphilis, n'est pas seulement une expression choquante pour l'oreille, elle est encore un terme qui manque de précision et d'exactitude. On sait en effet que l'accident primitif n'est pas toujours et nécessairement une ulcération, et, pour ce motif, on nous pardonnera sans doute de chercher à changer, ou du moins à restreindre dans son application, un terme généralement consacré.

§ 1. — Éruption locale — accident primitif.

Synonymie : Chancre induré, chancre syphilitique, chancre non suppurant, chancre infectant.

Aloysius Luisinus, Aphrodisiacus, etc., cité à l'Historique. — Hercules Saxonia, Perfectissimus Tractatus luis venereæ. Patavii, 1597. — Nicolas de Blegny, l'Art de guérir les maladies vénériennes. Paris, 1673. — Turner, A practical Dissertation on the venereal disease. London, 1717 et 1793. — Boerhaave, Tractatio medico-practica de lue venerea. Lugduni Batavorum, 1751. — Van Swieten, Comment. in Boerhaavii Aphorism., etc., vol. V. Lugduni Batavorum, 1772. — Fabre, Traité des maladies vénériennes, 3e édit. Paris, 1773. — Plenk, Doctrina de morbis venereis. Wien, 1777, 1787. — Cirillo, Osserv. prat. intorno alla lue venerea. Napoli, 1783. Traduct. française par Auber. — Howard, Practical observ. on the natural history and cure of the venereal disease. London, 1787. — Clossius, Ueber die Lustseuche. Tubingue, 1797. — Johann Wendt, Die Lustseuche in allen ihren Richtungen. Berlin, 1816. — Swediaur, Practical

observations on the more obstinate and inveterate venereal complaints. London, 1784. Traduct. franç. Paris, 1801. — John HUNTER, A treatise on the venereal disease. London, 1786. Annoté par Babington, et trad. en français par Richelot, avec notes de Ph. RICORD, dans la collect. des Œuvres complètes. Paris, 1839. — Benj. BELL, On gonorrhea virulenta and the venereal diseases. London, 1793. Trad. française de Bosquillon. Paris, 1802. — EVANS, Pathological remarks on ulcerations of the genital organs. London, 1819. — R. CARMICHAEL, An essay on the venereal diseases which have been confounded with syphilis. Dublin, 1814; 2e éd., 1825. — Clinical lectures on venereal diseases reported by Samuel Gordon. Dublin, 1842. — Ph. RICORD, Traité pratique des maladies vénériennes, recherches critiques et expérimentales sur l'inoculation. Paris, 1838. Lettres sur la syphilis. Paris, 1856, 2e édit. — WALLACE, A treatise on the venereal disease and its varieties. London, 1838. — F. J. BEHREND, Syphilidologie, eine Sammlung des Wissenswerthesten aus der neuesten syphil. Litteratur, 1839, 1845, 7 vol., continuée depuis. — BERTHERAND, Précis des maladies vénériennes. Strasbourg, 1852. — A. CAZENAVE, Annales des maladies de la peau et de la syphilis. Paris, 1844-1852. — ZEISSL, Compendium der Pathologie und Therapie der primar. Syphil. und einfachen vener. Krankheiten. Wien, 1850. — HOLDER, Lehrbuch der venerischen Krankheiten nach dem neuesten Standpunkte der Wissenschaft. Stuttgard, 1851. — MAISONNEUVE et MONTONIER, Traité pratique des maladies vénériennes. Paris, 1853. — John EGAN, Syphilitic diseases including experim. researches on inoculation. London, 1853. — SIMON, in Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie von Rud. Virchow. Erlangen, 1855. — DIDAY, Exposition critique et pratique des nouvelles doctrines sur la syphilis. Paris, 1858. Histoire naturelle de la syphilis, Paris, 1863. — VIDAL de CASSIS, Traité des malad. vénér. Paris, 1853, 2e édit. 1855. — F. MICHAELIS, Compendium der Lehre von der Syphilis. Wien, 1859. — ROLLET, Recherches cliniques et expérimentales sur la syphilis. Paris, 1861. — Melchior ROBERT, Nouveau traité des maladies vénériennes, 1re édit., Paris, 1853. 2e édit. Paris, 1861. — E. FOLLIN, Traité élémentaire de pathologie externe, t. I, p. 635. Paris, 1861. — Alph. GUÉRIN, Maladies des organes génitaux externes de la femme. Paris, 1864. — L. BELHOMME et A. MARTIN, Traité pratique et élémentaire de pathologie syphilitique et vénérienne. Paris, 1864. — Edm. LANGLEBERT, Traité théorique et pratique des maladies vénériennes. Paris, 1864. — J. DAVASSE, La syphilis, ses formes, son unité. Paris, 1865.

MAC-CARTHY, Thèse de Paris, 1844. — L. CLERC, Du chancroïde syphilitique (Monit. des hôpitaux, etc.), in-8°. Paris, 1854; et Réponse au rapport de M. Cullerier. Paris, 1855. — BERTHERAND, Notice sur le chancre du Sahara. Lille, in-8°, 1854. — MARATRAY, De la syphilis primitive ou locale, et de l'unité du virus syphilitique. Thèse de Paris, 1854. — J. B. BLACHEYRE, Diagnostic différentiel du chancre infectant et du chancre non infectant. Thèse de Paris, 1855. — H. MUSSET, Du chancre au point de vue de la diathèse syphilitique. Union médic., 1855. — CULLERIER, Rap-

ports à la Société de chirurgie. Bulletins, 1855-1857. — M. A. Dron, Du double virus syphilitique. Thèse de Paris, 1856. — Ph. Ricord, Leçons sur le chancre publiées par Alfred Fournier. Paris, 1858, 2e édit. 1860. — Alf. Fournier, Rech. sur la contagion du chancre. Paris, 1857. Étude sur le chancre céphalique. Paris, 1858, et dans Un. méd. — Buzenet, Du chancre de la bouche, son diagnostic différentiel. Thèse de Paris, 1858. — Nadau des Islets, De l'inoculation du chancre mou à la région céphalique. Thèse de Paris, 1858. — Debauge, Traitement des chancres simples et des bubons chancreux par la cautérisation au chlorure de zinc. Thèse de Paris, 1858. — V. de Méric, On the unicity or duality of the virus in syphilis. The Lancet. August. 21, 1858. — Sigmund, Ueber den Harnröhrenschanker beim Manne (Sur le chancre du canal de l'urètre chez l'homme). Österr. Zeitsch. für praktische Heilkunde, n° 27, 1858. — Guyenot, De l'inoculabilité de la syphilis constitutionnelle. Thèse de Paris, 1859, et Gaz. hebdomad., même année. — De Hubbenett, Beobachtung und Experiment in der Syphilis. Leipzig, 1859, et Union méd., n° 59, 1858. — Edm. Langlebert, De l'accident primitif produit par la contagion physiologique artificielle des accidents secondaires de la syphilis, dans Moniteur des hôpitaux, 1859.—Rollet, Études sur le chancre produit par la contagion de la syphilis secondaire, et spécialement sur le chancre du mamelon et de la bouche. Archives général. de méd., février 1859. — J. Venot, De la pseudo-syphilis chez les prostituées. Bordeaux, 1859, in-8°.— Laroyenne, Études expérimentales sur le chancre, dans Annuaire de la syphilis, par Diday et Rollet. Lyon, 1859. — Baerensprung, Mittheilungen aus der Abtheilung und Klinik für syphilitische Krankheiten. Berlin, 1860, et Charité-Annalen, t. IV, p. 16. — Basset, De la simultanéité des maladies vénériennes. Thèse de Paris, 1860. — Chabalier, Preuves historiques de la pluralité des maladies vénériennes. Thèse de Paris, 1860. — Alf. Fournier, De la contagion syphilitique. Thèse de Paris, 1860. — W. Hammond, Sur le chancre. American medic. Times, July et Aug. 1861. Adams et Maunder in Lancet, 11 novembre 1861. — Sigmund, Ueber Verschiedenheit der Ansteckungsstoffe und darauf begründete Eintheilung syphilitischer Krankheitsformen. Wien, 1861. — F. E. Friedrich, Ueber die Lehren vom Schanker. Erlangen, 1861. — Schuermans, Y a-t-il deux espèces de chancre? Journ. méd. de Bruxelles, février 1861. — H. Kobner, Versuche und Bemerkungen über Schankervirus. Deutsche Klinik, n° 47, 1861, et Schmidt's Jahrbücher, Bd. 114, p. 198. — Reder, Der Schanker und das syphilitische Contagium. Wien, Med. Jahrbuch, 1861, t. I. — Alph. Guérin, Du chancre induré. Gaz. des hôpitaux, juill. 1861. — Melchior Robert, Quelques considérations sur l'auto-inoculabilité du chancre infectant et sur le chancre dit mixte. Marseille, janvier 1862. — Cusco, Leçons cliniques sur la syphilis. Gaz. des hôpitaux, 1862, p. 253, 269, 301. — Maunder, On primary venereal sores, the possible errors in diagnosis, etc. The Lancet, janv. 1862. — Edm. Brousson, Du chancre phagédénique et de son traitement par le calomel à doses fractionnées. Thèse de Strasbourg, 1862. —

BERKELEY-HILL, Foreign opinions on syphilis, collected and arranged by British medical Journal, 1862, p. 15. — Henri LEE, De l'inoculation syphilitique, traduction française par le Dr Émile Baudot. Paris, 1863, et the Lancet, septembre 1862.— BELHOMME, Du chancre phagédénique et de son traitement. Thèse de Paris, 1862. — W. BOECK, Recherches sur la syphilis, Christiania, 1862.—LINDWURM, Ueber die Verschiedenheit der syphilitischen Krankheiten. Würzburg, Med. Zeitschrift, III, 3, p. 143, 1862. — MICHAELIS, Der Contagienstreit in der Lehre von der Syphilis in Virchow's Archiv für Anat. und Physiolog. Path., t. XXIV, mai 1862. — THIRY, Chancre non induré de la face et syphilis constitut. Revue méd. Belge et Schmidt's Jahrb. 190, t. CXVIII, 48, 1862.— GONNARD, Essai critique sur l'institution de la dualité chancreuse. Thèse de Paris, 1863. — Aimé MARTIN, De l'accident primitif de la syphilis constitutionnelle. Thèse de Paris, 1863. — LADUREAU, Considérat. générales sur la syphilis et raisons probantes en faveur de l'unitéisme, 1863, in-8°.—GALLIGO, Trattato teorico-pratico delle Malattievenereee, 2e éd. Firenze, 1863.—L. NODET, Études cliniques et expérimentales sur les diverses espèces de chancre, et particulièrement sur le chancre mixte. Thèse de Montpellier, 1863, et Paris, 1864. — Giacomo ALBERTETTI, Significato patologico della sifilide. Torino, 1864.

Partie historique. Bien qu'il ne soit pas douteux que les ulcères contagieux des organes génitaux n'aient été connus dans les temps même les plus reculés (1), cependant, comme autrefois on ne s'attachait pas à décrire les caractères spéciaux de ces accidents, on comprend que l'ancienneté de leur existence puisse au moins paraître incertaine à quelques esprits. Depuis l'épidémie du quinzième siècle, il a été positivement reconnu que tous ces ulcères n'ont pas la même gravité, et l'un d'eux, qui a reçu l'épithète de *calleux*, est depuis cette époque regardé comme plus sérieux, eu égard à ses suites.

Gaspard Torella, Villalobos, signalent déjà l'induration de certains ulcères contagieux. Plus précis sur ce point, Jean de Vigo écrivait en 1514 : « Nam ejus origo, in partibus genitalibus, videlicet in mulieribus et in virga in hominibus semper fere fuit cum pustulis parvis, interdum lividi coloris, aliquando nigri, nonnunquam subalbi *cum callositate eas circumdante* (2). »

Pierre Maynard et A. Ferri tenaient un langage assez semblable. En 1544, Lobera (3) fait de l'induration le signe certain du mal français : « Sunt pustulæ cum aliqua duritie... interdum in virga nonnulla

(1) Voy. Historique de la syphilis.
(2) *Aphrodisiacus*, t. II, p. 450.
(3) *Aphrodisiacus*, p. 404.

ulcera cum *duritie et callositate* quæ sanari exacte nequeunt, perpetitur quod *morbi gallici certum signum est.* »

Fallope, en 1555, donne la description de l'ulcère induré et de la lymphangite qui l'accompagne quelquefois ; il regarde comme un signe certain de syphilis l'induration qu'il laisse à sa suite : « ...Quoties videtis sanatam cariem et quod remanent *calli* circa cicatricem, tenete esse confirmatum gallicum ; ideo moneo vos quoniam calli isti sunt manifestissima et demonstrativa signa morbi confirmati. »

Botal, en 1563, reconnaissait le chancre induré de la bouche et du mamelon. Dès le milieu du seizième siècle, par conséquent, on était fixé sur la valeur symptomatique de l'induration de l'accident syphilitique primitif.

Parmi les auteurs qui ont suivi, un grand nombre ont également reconnu la signification de l'induration chancreuse : citons Petronius, Thierry de Héry (1), Amb. Paré, N. de Blégny, J. L. Petit, Astruc, J. Hunter, B. Bell, Babington, plus récemment Ricord, etc. Ce dernier, dont le nom est justement célèbre en syphilographie, eut le mérite, à cet égard, de ramener les esprits un instant égarés par la doctrine physiologique à une observation plus rigoureuse et plus exacte. Il sut, à l'exemple de Hunter, joindre l'expérimentation à l'observation clinique, et s'il y a lieu de lui reprocher le dédain avec lequel il a pendant longtemps refusé d'accepter certaines vérités acquises, il ne faut pas moins reconnaître que sa résistance et même ses erreurs ont servi à la science, en provoquant de la part de ses adversaires des observations nettes et précises.

Dans un travail qui fait époque, l'éminent syphilographe s'est appliqué à prouver, à l'aide de l'expérimentation, que le pus blennorrhagique n'est pas inoculable. Reconnaissant la valeur séméiotique de l'induration, il attribuait à une idiosyncrasie particulière du malade l'absence de ce phénomène dans certains cas. Mais Bassereau (2), observant que le chancre qui est suivi d'accidents constitutionnels, c'est-à-dire le chancre dur, ne transmet qu'un chancre de même espèce, auquel succèdent toujours les mêmes manifestations, fut conduit à diminuer l'importance de l'idiosyncrasie dans la détermination des caractères

(1) Tous praticiens méthodiques, dit Th. de Héry, témoigneront que le plus certain signe en toute pustule et ulcère est une dureté en la racine, etc. (*La méthode curatoire de la maladie vénérienne.*)

(2) *Traité des affections de la peau symptomatiques de la syphilis.* Paris, 1852.

de l'accident local et à accorder une plus large part à la nature de l'agent virulent. La graine plutôt que le terrain lui parut modifier le produit, aussi admit-il deux espèces distinctes de chancre.

Plus tard, lorsque Clerc, en 1855, puis Alfred Fournier, Rollet et plusieurs autres observateurs reconnurent que le chancre induré n'était pas inoculable au porteur, et quand un certain nombre de faits expérimentaux vinrent à prouver que cet accident ne se manifeste qu'après une longue période d'incubation, on songea à le séparer plus encore qu'on ne l'avait fait jusque-là du chancre mou, et alors fut constituée la doctrine de la *dualité chancreuse*, qui ne tarda pas à être acceptée d'un grand nombre de syphilographes français et étrangers. Cette doctrine toutefois rencontra des opposants, parmi lesquels on compte, en France, surtout Melchior Robert et Langlebert. Tout à fait désintéressé dans la question, nous aurons à examiner les arguments apportés par les parties adverses.

Partie clinique. — De même que la plupart des affections symptomatiques de la syphilis, l'accident primitif offre des aspects variés qu'il importe de bien connaître, si l'on veut arriver à un diagnostic certain; anatomiquement caractérisé dans le principe par l'apparition au niveau du point contaminé d'un néoplasme qui fait une saillie plus ou moins volumineuse, cet accident a d'abord la forme d'une papule qui, suivant l'exubérance du nouveau produit, peut-être aussi suivant la disposition générale du sujet, reste sèche, ce qui est rare, s'érode ou s'ulcère plus largement : d'où au point de vue de l'observation clinique et de la symptomatologie les variétés suivantes de la première manifestation syphilitique :

1° La papule sèche ;

2° L'érosion chancreuse ou chancriforme ;

3° Le chancre induré.

a. Étude anatomique. — Quelle que soit la variété de l'accident primitif, sa constitution élémentaire ne change pas ; l'induration qui lui est propre offre toujours la même composition anatomique. Pour Ch. Robin (1), Lebert, Acton, l'induration chancreuse tient au développement d'un tissu fibro-plastique dans l'épaisseur du derme. Virchow (2) professe qu'elle a une nature entièrement semblable à celle des tumeurs gommeuses, et y voit une prolifération du tissu

(1) *Comptes rendus des séances de l'Académie des sciences*, 2 nov. 1846.

(2) *Syphilis constitutionnelle*, trad. française de J. P. Picard. Paris, 1860.

conjonctif. Cette donnée est, en réalité, peu différente de la précédente, à part la théorie. Bärensprung (1), trouvant qu'une partie de la substance granulaire qui forme la base du chancre induré se colore en rouge par la solution iodée, conclut de ce fait que l'exsudat constitutif de l'induration spécifique du chancre est différent de l'exsudat inflammatoire, et qu'il est identique avec les épanchements qui se forment sous l'influence de la syphilis constitutionnelle dans les divers autres organes. Ordoñez (2), qui a fait une étude minutieuse du chancre induré du prépuce, a constaté les particularités suivantes : l'épaississement de la couche épidermique de la peau autour du point occupé par l'ulcération; l'augmentation de volume des digitations interpapillaires du corps muqueux au niveau même du chancre induré; la présence de petits foyers hémorragiques dans la couche papillaire du derme; enfin l'augmentation de volume des papilles du derme et leur infiltration par une grande quantité d'éléments embryoplastiques ou embryonnaires du tissu conjonctif, savoir : noyaux ronds ou ovalaires mesurant de 4 à 7 millièmes de millimètre de diamètre, des corps fusiformes de petite dimension, des faisceaux de fibres du tissu conjonctif de nouvelle formation. Ce résultat ne diffère pas de ceux qui ont été constatés par les précédents observateurs, et tous, malgré une description un peu différente, s'accordent à voir dans l'induration du chancre ce que nous y avons également trouvé, une formation nouvelle aux dépens du tissu connectif, une hyperplasie qui peu à peu subit la métamorphose granulo-graisseuse. C'est à cette métamorphose, sorte de nécrose moléculaire, que tient en partie la formation de l'ulcération ; et celle-ci sans doute se rattache ainsi à l'évolution particulière de la néoplasie. Pour ce motif il y a bien quelque raison, comme il sera possible d'en juger par la suite, de rapprocher la lésion anatomique du chancre de celle qui appartient aux manifestations de la syphilis tertiaire; et un fait curieux qui doit servir à prouver l'identité de la maladie à son point de départ et à son point d'arrivée, dans toutes ses phases ou périodes, n'est-ce pas l'identité même du produit morphologique? Il ne faudrait pas toutefois se méprendre sur la valeur des données microscopiques. Les mêmes éléments que nous observons se rencontrent dans maintes

(1) *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurg.*, 1862, p. 310; et *Charité-Annalen*, t. VI, p. 16.

(2) *Comptes rendus et mém. de la Soc. de biologie pour l'année* 1863, p. 83.

lésions qui ne sont rien moins que spécifiques, de telle sorte qu'à son début comme durant toute son évolution, c'est encore à l'examen à l'œil nu et non pas seulement au microscope qu'il convient de demander les caractères distinctifs des lésions syphilitiques. Ces caractères, en effet, se trouvent moins dans la constitution élémentaire du produit morbide que dans sa physionomie. Ici, comme partout, c'est dans la forme qu'il faut surtout chercher les caractères de l'espèce.

Indiquons en terminant que le docteur Szabadfoldy de Pesth (1) a constaté une fois dans le contenu des pustules syphilitiques primitives la présence de cellules arrondies munies d'appendices comme ciliés et contractiles, lesquelles, selon ce médecin, pourraient bien jouer un certain rôle dans le fait de la contagion. N'ayant rien vu de semblable, nous laissons à l'avenir le soin de décider quelle peut être la valeur de l'observation de notre confrère.

b. ÉTUDE SYMPTOMATIQUE. — 1° *Papule sèche.* — Cette modalité, la plus rare de celles que la syphilis revêt à son début, est encore si peu connue, qu'elle n'a pas été jusqu'ici l'objet d'une description spéciale, bien que l'expérience et l'observation clinique viennent tout à la fois établir son existence.

Après une incubation habituellement longue apparaît, au niveau du point contaminé, une saillie papuleuse, ayant en général la forme d'une plaque d'une étendue d'un ou plusieurs centimètres, de couleur rouge, sombre ou brunâtre, de forme arrondie ou ovalaire, de consistance ferme, rénitente et élastique, et quelquefois recouverte d'une squame blanchâtre qui lui donne une certaine analogie avec les papules syphilitiques de la période suivante. Cette analogie était frappante dans un cas d'inoculation pratiquée par Gibert (2), sur un individu qui, pour accident initial, avait une papule rougeâtre, étalée, irrégulière, légèrement squameuse, tout à fait sèche. Dans un cas rapporté par Dubuc (3), il s'agissait d'une large plaque ayant de 2 à 4 centimètres d'étendue, et siégeant à la région pubienne. Chez un malade que j'ai moi-même observé, il existait sur la face une plaque peu différente, qui, à première vue, offrait une grande ressemblance avec un nœvus.

Dans ces faits et dans plusieurs autres, la lésion locale, semblable

(1) *Virchow's Archiv für patholog. Anatomie und Physiolog.*, t. XXIX, p. 470, 1864.
(2) *Loc. cit.*, p. 458.
(3) *Des syphilides malignes précoces.* Thèse de Paris, 1864, p. 63.

aux papules ou même aux tubercules cutanés et aux productions gommeuses, disparaît par résolution, ou mieux par la résorption que favorisent les tissus voisins; l'induration, sans jamais s'ulcérer, perd peu à peu de sa résistance et de son élasticité, elle diminue d'étendue, devient comme gélatiniforme, et à sa place reste une légère dépression violacée ou noirâtre.

C'est là par conséquent une variété distincte et peut-être trop méconnue de l'accident primitif, et qu'il importait de signaler. Facile à différencier des syphilides dans lesquelles les papules sont rarement isolées, cette variété pourrait être confondue avec un nœvus ou toute autre altération, si sa consistance, sa coloration particulière, et surtout les bubons multiples qui sont pour ainsi dire ses acolytes obligés, ne venaient l'en distinguer.

Les faits peu nombreux à l'aide desquels il est déjà possible de donner une description de cet accident ne peuvent encore nous renseigner sur son origine. Disons simplement que, dans le cas cité de Gibert, le sang pris au niveau d'une papule syphilitique squammeuse avait servi à l'inoculation. Le procédé d'inoculation semblerait d'ailleurs favorable au développement de cette variété de l'accident primitif, si tant est que la nature du produit inoculé n'ait aucune influence sur son apparition.

2° *Érosion chancreuse ou chancriforme.* — Cette forme, la plus fréquente de celles que manifeste la syphilis primitive, d'après les statistiques de Bassereau (146 fois sur 170 cas), et aussi de l'avis de Diday, a été depuis longtemps signalée et distinguée du chancre induré primitif; Carmichaël faisait sans doute allusion à cette manifestation dans la description qu'il donne d'une classe à part de chancres bénins sous le nom de *patchy excoriation*, et c'est probablement cette même manifestation que Wallace a appelée *superficial primary syphilis.*

Le chancre parcheminé de Ricord, la *Venerola vulgaris* d'Evans, l'affection condylomateuse de Rineckér, l'érosion superficielle de Langlebert, ne sont, du reste, que cette modalité primitive, autrement dénommée. Bassereau et, plus tard, Diday sont les auteurs qui ont le plus particulièrement appelé l'attention sur ses caractères et sa signification; c'est l'érosion *chancreuse* du premier, l'érosion *chancriforme* du second.

Elle débute ordinairement par un point rouge cuivré, à peine saillant,

papuleux, sec, qui se desquamme ensuite, se recouvre d'une croûte ou plutôt d'une écaille mince, et plus tard s'érode ou s'ulcère légèrement à sa surface. D'un diamètre variable, de forme arrondie ou irrégulière, cette ulcération, toujours circonscrite, représente une surface plane, rosée, de niveau avec les parties environnantes, ou saillante soit par le développement de bourgeons charnus, soit par l'excès d'induration. Elle fournit un suintement séreux, concrescible, peu abondant, présente une base étalée, légèrement indurée en surface plutôt qu'en profondeur. Elle a son siége le plus habituel en arrière de la couronne du gland ; mais elle peut se rencontrer partout ailleurs, sur un point quelconque des surfaces cutanée ou muqueuse. Son étendue variable est quelquefois si petite, le suintement si peu abondant et la cicatrisation tellement rapide, qu'à défaut d'une induration caractéristique, il est prudent de rester dans l'incertitude sur sa nature jusqu'à l'apparition des symptômes secondaires.

Dans la plupart des cas, la durée de cet accident ne dépasse pas deux mois (Bassereau). Il se termine par la résolution du point induré et la cicatrisation de sa surface. Assez souvent, deux fois sur trois environ, il ne donne pas lieu à des *cicatrices durables*, à moins qu'il n'occupe le bord de la couronne du gland ou le tissu cutané. Dans quelques cas pourtant, une légère induration survit à la lésion locale. Les ganglions lymphatiques qui lui correspondent sont durs et indolents.

Le diagnostic n'est pas toujours facile. En présence d'un accident de si mince apparence, on se demande, en effet, s'il s'agit d'une maladie aussi sérieuse que la syphilis, et souvent on hésite. Si l'érosion est recouverte de croûtes, ainsi qu'il arrive ordinairement lorsqu'elle occupe la peau ou une partie de membrane muqueuse exposée à l'air, on la voit revêtir quelques-uns des caractères d'une vésicule d'herpès, d'une pustule d'ecthyma, d'une éruption psydraciée ou squammeuse, et se confondre avec l'une ou avec l'autre de ces lésions élémentaires. Elle s'en distingue facilement toutefois par son isolement, sa marche, et l'engorgement spécial des ganglions circonvoisins.

Bien que nous soyons encore peu édifiés sur la source de l'accident en question, il est permis de croire, avec Diday et Langlebert, qu'il provient le plus souvent d'une lésion secondaire, et qu'il est plus particulièrement engendré par les plaques muqueuses.

3° *Chancre induré.* — *Chancre non suppurant.* — Tous les syphilographes sont loin de s'entendre sur le mode primitif de cette variété.

Après avoir cru pendant longtemps avec Ricord que l'ulcération était le premier symptôme et que l'induration ne survenait que plus tard, il y a tendance aujourd'hui à adopter l'opinion de Babington, plus conforme aux faits expérimentaux, et d'après laquelle l'épaississement du tissu précéderait l'ulcération : « le caractère de l'infection vénérienne primitive, dit le commentateur de Hunter, est essentiellement une induration passant ensuite à l'ulcération. »

La difficulté de l'observation clinique, à laquelle est due sans doute la divergence d'opinions sur ce point, conduit nécessairement à s'en rapporter en pareil cas à l'expérimentation sur des individus sains. Or, celle-ci nous apprend, comme dans l'expérience de Waller de Prague, qu'il se développe au point contaminé, tout d'abord une tache rouge, suivie bientôt d'une élevure ou papule, qui peut acquérir le volume d'une lentille ou d'un pois et qui est, ainsi que nous le savons, le résultat d'un apport de matériaux, d'une néoplasie du tissu conjonctif. D'un rouge ou d'un jaune sale, arrondie, et dure au toucher, cette papule se recouvre d'écailles grisâtres qui s'épaississent peu à peu, finissent par former dans quelques cas une véritable croûte sous laquelle se creuse rapidement une ulcération en forme de godet et plus ou moins profonde. Le plus souvent indolente et *taillée comme à l'évidoir*, cette ulcération a des bords saillants, arrondis, une surface lisse, irisée, un fond généralement grisâtre et lardacé, elle est baignée par un produit de régression irréinoculable et non par du pus. Enveloppée, selon l'expression de Ricord, d'une sorte de noyau dur, circonscrit, qui lui sert comme de couronne et de lit, elle passe à bon droit pour être la lésion la plus caractéristique de la syphilis à son début. L'induration qui en forme la base et déborde sa circonférence a été comparée par Bell à la moitié d'un pois sec. Elle offre au toucher la sensation d'un tissu élastique, rénitent, chondroïde, sensation particulière, *sui generis*, bien différente de celle qu'accuse au doigt le tissu cicatriciel ou l'œdème phlegmoneux. La forme hémisphérique, qu'elle revêt le plus souvent, n'est cependant pas constante ; parfois irrégulière, elle devient elliptique, manque au centre et n'existe que sur les bords (*syphilis annulaire* de Wallace).

Au bout de six semaines environ de durée, le chancre dur entre dans une dernière phase, ses bords s'affaissent et se dégorgent ; les particules désorganisées qui en recouvraient le fond, où elles formaient une sorte de fausse membrane, sont éliminées ou résorbées,

des bourgeons charnus apparaissent, et la cicatrisation ne tarde pas à s'opérer de la circonférence au centre de l'ulcération.

La cicatrice qui lui succède est arrondie, légèrement déprimée; elle est le siége d'une induration quelquefois persistante, déjà signalée par J. L. Petit (1). Dans certains cas, où le chancre occupe une surface cutanée, cette cicatrice présente une coloration foncée, brunâtre, sombre, bronzée, vraiment caractéristique, mais qui, avec le temps, finit en général par s'effacer, laissant à sa suite une teinte blanche qui n'a plus de signification. Cette particularité toutefois est importante à connaître au point de vue rétrospectif, et souvent elle peut, comme l'induration, dont la survie est de quelques semaines à plusieurs années, faire diagnostiquer l'existence ancienne d'un accident qui, malgré sa longue persistance, peut parfois ne pas être aperçu par le malade, d'autant mieux que le chancre induré, rarement *phagédénique* ou *rongeur*, est à peu près complétement indolent.

La cicatrisation n'est pas le seul mode de terminaison du chancre induré. Dans quelques cas, on voit, à la période terminale de l'ulcère, se développer à sa surface des bourgeons luxuriants, fongueux, végétants, mais qui n'ont rien de syphilitique. D'autres fois le chancre induré subit une véritable transformation; il se convertit sur place en papule ou plaque muqueuse. Déjà signalé par Ricord, ce dernier mode de terminaison a été l'objet de considérations intéressantes de la part de J. Davasse et Deville (2). Les caractères de la papule muqueuse se substituent à ceux du chancre, et c'en est fait de ce dernier. On peut considérer comme des faits exceptionnels les cas de récidive de l'accident syphilitique primitif.

Nombre et siége de l'accident primitif. — Quelle que soit sa forme, la première manifestation de la syphilis reste ordinairement solitaire, et s'il arrive qu'on rencontre sur le même individu plusieurs accidents de même sorte, plusieurs chancres indurés par exemple, ils sont en général du même âge, c'est-à-dire qu'ils se sont développés simultanément ou à peu près à la même époque, et rarement par inoculations successives. La raison de cet isolement est facile à saisir; le chancre syphilitique, en effet, n'est pas auto-inoculable, ainsi que l'ont prouvé les observations de Clerc (3) et de plusieurs autres syphilographes.

(1) *Traité des maladies des os*, chap. XV.
(2) *Arch. génér. de méd.*, 1845.
(3) *Union médicale*, 25 oct. 1855.

L'accident initial de la syphilis n'a point de lieu d'élection ; il peut se montrer sur tous les points du corps, partout où le virus aura été déposé ; toutefois c'est aux organes génitaux qu'on l'observe le plus souvent. Sur un relevé de 471 chancres infectants observés chez l'homme, Fournier (1) a noté seulement 26 chancres extra-génitaux. Parmi les chancres des parties génitales, 314 étaient situés sur le gland ou le prépuce, d'autres avaient pour siége le fourreau de la verge, le méat urinaire, le scrotum, etc. ; enfin 17 étaient intra-urétraux.

En raison de son siége et des théories auxquelles il a donné lieu, le chancre urétral mérite surtout notre attention. Appelé encore *chancre larvé*, cet accident a une existence incontestable : sur 300 cas de blennorrhagie, Melchior Robert prétend l'avoir observé *de visu* 7 fois ; 2 fois seulement l'inoculation le lui a fait diagnostiquer ; 3 fois il n'a pu le voir directement ni le démontrer par l'inoculation ; mais la présence d'adénites multiples inguinales et les prodromes de la syphilis constitutionnelle lui ont permis d'établir un diagnostic rationnel.

Les vingt-six chancres extra-génitaux observés par Fournier se répartissent comme il suit : sur les lèvres 12, à l'anus 6, à la langue 3, au nez, à la paupière et à la jambe 1. Après les organes sexuels, les lèvres et la bouche sont le siége le plus habituel de l'accident primitif. Rollet a pu dire que la bouche était le principal foyer, le grand laboratoire de la syphilis secondaire ; Sigmund (2) s'est appliqué à faire connaître la fréquence et les caractères du chancre syphilitique dans ces régions. Les paupières, le pharynx et les amygdales n'échappent pas à la contagion syphilitique ; Martellière nous a dit avoir pu constater à trois reprises différentes, dans un espace de temps assez court, l'existence du chancre à la surface des glandes amygdaliennes (3). Jamais l'accident primitif n'a été observé dans l'œsophage, ni dans l'estomac ; et si l'on en croit quelques expérimentateurs (4), il serait peu ou pas contagieux dans ces régions. Il n'en est pas de même à l'égard de la région anale, où l'on observe encore assez fréquemment des chancres de petit volume ordinairement perdus dans les plis radiés de la muqueuse. Dans tous les cas, les parties découvertes sont de

(1) Cité par A. Martin, Thèse de Paris, p. 62.
(2) *Ueber Schanker.....* in *Schmidt's Jahrbücher*, t. CXXII, 1864.
(3) Comparez : Diday, dans *Mém. de la Soc. de méd. de Lyon*, 1861-1862, p. 45.
(4) Voyez Petit-Radel, *Cours de maladies syphilitiques*, t. I, p. 20.

préférence affectées, et en présence d'un ulcère qui persiste, le médecin doit songer à la possibilité d'un chancre.

Chez la femme, où souvent le chancre paraît manquer au début de la syphilis, les organes génitaux sont, comme chez l'homme, le siége habituel de l'ulcération primitive. Sur 45 malades atteintes de chancres infectants, A. Martin a trouvé 33 chancres génitaux et 12 extra-génitaux. La plupart des chancres génitaux occupaient les parties génitales externes. Rarement cet accident s'est rencontré sur les parois du vagin; parfois, cependant, on a pu constater sa présence sur le col de l'utérus (1).

Suivant qu'ils occupent l'un ou l'autre de ces divers siéges, les chancres des organes génitaux de la femme présentent des différences souvent tranchées. Tandis qu'à la surface extérieure des grandes lèvres ils sont d'habitude manifestement indurés à leur base, ils se montrent ordinairement le long du bord interne de ces mêmes replis sous forme de petites ulcérations plus ou moins allongées qui peu à peu finissent par se confondre. Une autre forme d'ulcère paraissant appartenir au chancre syphilitique se voit encore dans cette région, au dire de Melchior Robert; c'est une ulcération arrondie, peu profonde, à bords peu marqués, dont la surface se déterge, devient rouge et saillante. Cette variété de chancre repose assez souvent sur des tissus indurés; d'autres fois il est impossible d'y constater la moindre induration, bien que l'aine correspondante soit affectée d'adénites indolentes, et cela dans des cas où plus tard les malades ont présenté des accidents syphilitiques constitutionnels.

Le siége du chancre chez l'homme n'est pas non plus sans influence sur les caractères qu'il présente et particulièrement sur l'induration. Les chancres indurés les plus volumineux siégent d'ordinaire derrière la couronne du gland; là, en effet, l'induration occupe en général une large partie de la muqueuse balano-préputiale. Le chancre du méat détermine dans certains cas une induration comme cartilagineuse de la presque totalité du gland.

L'induration des chancres de la face est ordinairement volumineuse. D'autres fois ce symptôme est à peine marqué, une ulcération

(1) Voyez Bernutz, *Des affections syphilitiques de l'utérus*, Mémoire lu à la Société médicale des hôpitaux, et *Revue médic. chirurg. de Paris*, t. XVIII, p. 235, 1855.

de petite surface présente une induration pour ainsi dire miliaire. Ainsi, on ne peut trop insister sur les nuances nombreuses que présente le chancre syphilitique.

La forme graphique de l'induration n'est pas moins variable. Si le chancre occupe en même temps des tissus différents de structure, l'induration qui le supporte est irrégulière, anfractueuse, semi-lunaire ou elliptique ; dans quelques cas, elle ne s'observe qu'à la périphérie de l'ulcération, les tissus au centre restent mous et légèrement déprimés (peau de la verge, grandes lèvres).

Les membres, la face, mais surtout la bouche et l'anus, sont le siége le plus ordinaire des chancres *extra-génitaux*. En cas d'ulcération isolée de ces parties, le médecin doit suspecter la syphilis, et cela, malgré l'assurance contraire des malades. A cet égard surtout, le chancre céphalique mérite toute son attention.

Modifications et complications. — Nous avons fait connaître les caractères habituels de l'accident initial de la syphilis ; ajoutons que dans certains cas cet accident subit des modifications qui changent plus ou moins sa physionomie. Distinctes des complications dont je parlerai bientôt, ces modifications surviennent chaque fois qu'une cause irritante exerce son action à la surface de l'ulcère. Celui-ci non-seulement s'enflamme et suppure, ce qui change son aspect et suffit pour faire disparaître l'induration qui est en quelque sorte un criterium spécifique, mais la sécrétion dont il est le siége acquiert des propriétés nouvelles ; inoculée, elle peut amener le développement de pustules. Vésicatoires, pommades irritantes, poudre de sabine, etc., sont autant d'agents capables d'opérer ce changement. Deux malades portant, le premier un chancre induré, l'autre deux chancres également indurés, entrèrent à Lock-Hospital en juillet et août 1862 (1). H. Lee, avec le pus provenant de leurs ulcères, leur pratiqua sur divers points de la cuisse plusieurs inoculations dont le résultat fut négatif. Un petit vésicatoire fut alors appliqué sur les ulcères et pansé avec de la pommade à la sabine ; une vive irritation s'ensuivit ; la surface des chancres devint le siége d'une sécrétion abondante, puriforme, qui, *inoculée* comme précédemment, donna lieu à des *pustules* dont la sécrétion put même être réinoculée avec succès. A Marseille, Melchior Robert avait déjà signalé des faits analogues. Des

(1) *The Lancet*, 13 sept. 1862.

expériences du même genre faites en Norwége et en Allemagne ont fourni le même résultat. L'application d'un simple irritant à la surface d'un chancre syphilitique est donc susceptible de lui faire subir des changements notables. Ces changements, le pus d'un chancre mou déposé à la surface d'un chancre induré doit à plus forte raison les produire, et c'est en effet ce qu'ont prouvé les expériences de Rollet de Lyon, et de ses principaux élèves, Laroyenne, Basset (1) et Nodet (2).

La modification chancreuse qui résulte de ce contact et à laquelle on a voulu faire jouer un grand rôle dans la doctrine de la dualité chancreuse, a reçu de Rollet le nom de *chancre mixte* à cause de son origine et sans doute aussi parce qu'elle possède la propriété de transmettre une double affection. Ce nouvel accident a tout d'abord été produit dans les conditions que voici : « Un chancre induré du méat avec adénite multiple est inoculé sans résultat ; le pus d'un chancre simple y est ensuite déposé, et cinq jours après, une seconde inoculation développa la pustule chancreuse (3). » Reproduit dans plusieurs expériences tentées par Laroyenne et Basset, le chancre mixte a été obtenu de la même façon et à l'aide des mêmes procédés tant en Angleterre qu'en Allemagne. Le fait que voici, rapporté par Lindwurm, est en rapport avec ce qui précède : « Chancre de la rainure avec adénite multiple et base indurée. On inocule le malade au bras avec le pus de son chancre, le résultat est négatif. Après inoculation à l'autre bras avec du pus de chancre simple, il y eut un chancre simple avec le pus duquel on inocula la surface du chancre induré. Deux jours après, le chancre induré suppura beaucoup, se creusa ; on réinocula le malade avec le nouveau pus ; le résultat donna un chancre simple. » Les mêmes expériences répétées à Marseille par Melchior Robert n'ont pas toujours réussi ; « nous ajouterons cependant, dit cet auteur, qu'il nous a été impossible dans quelques circonstances, et quelle que fût l'énergie du pus employé, d'inoculer la surface du chancre induré (4). »

De ces expériences variées, répétées par des observateurs nombreux, ressort néanmoins ce fait important, que le pus d'un chancre

(1) *De la simultanéité des malad. vénér.* Thèse de Paris, 18[illegible]0.
(2) Thèse de Montpellier, 1863.
(3) Laroyenne, *Annales des malad. de la peau et de la syphilis.* Lyon, 1859.
(4) Melchior Robert, *Nouveau Traité pratiq. des malad. vénériennes*, p. 263.

mou appliqué à la surface d'un chancre induré modifie profondément cet ulcère. Celui-ci suppure, se creuse peu à peu et perd plus ou moins son cachet primitif, en même temps qu'il devient inoculable à l'individu qui le porte. De là à la formation accidentelle il n'y a qu'un pas. Nul doute que la contagion naturelle ne vienne, en de certaines circonstances, produire ce même effet; mais faut-il admettre avec Rollet et son école qu'on a affaire à un chancre mixte toutes les fois qu'un chancre mou en apparence est suivi des symptômes constitutionnels, ou qu'un chancre induré est réinoculable, qu'il a une incubation précoce ou qu'il est escorté de bubon suppuré? C'est là, à notre avis, une manière de voir qui n'est pas encore suffisamment justifiée. Plus loin nous parlerons de l'influence de certaines habitudes, du climat, de la race, du sexe même, autant de conditions susceptibles d'imprimer des changements plus ou moins sensibles au phénomène initial de la syphilis.

La *gangrène* et le *phagédénisme* sont à peu près les seules complications de l'accident syphilitique primitif; l'inflammation est tout au moins fort rare, puisqu'il faut bien croire, aujourd'hui, que les prétendus abcès (1) observés, à la période d'involution, dans l'épaisseur des parties indurées, ne contenaient pas de pus, mais seulement les débris des éléments constitutifs du néoplasme arrivé à son stade de régression. De même on croyait à tort autrefois à la suppuration des tumeurs gommeuses. Le phimosis ou le paraphimosis complique rarement le chancre infectant; mais lorsqu'il survient, la peau et la muqueuse préputiales deviennent pâles et mamelonnées, le toucher, sans provoquer de douleur vive, donne au doigt une sensation particulière, jusqu'à un certain point comparable à celle de l'œdème dur de l'éléphantiasis des Arabes.

La *gangrène* qui complique le chancre syphilitique apparaît ordinairement dans le cours de l'ulcération. La surface de la plaie, auparavant rouge ou grisâtre, s'assombrit un peu et devient le siége de petits points ecchymotiques foncés; la sensibilité s'exagère; la sécrétion est sanieuse et contient des débris de tissu avec quelques petits filets de sang noirâtre ; l'ulcération s'agrandit et détruit de proche en proche les tissus indurés ; cependant, cette destruction se fait lentement et atteint très-rarement la limite des tissus normaux. Le pour-

(1) A. Martin, *De l'accident primitif de la syphilis constitutionnelle*, p. 49 (*Gazette des hôpitaux*, p. 551, 1864).

tour du chancre est assez souvent rouge, enflammé, et cette inflammation retentit sur les ganglions déjà indurés au point de leur imprimer, dans quelques cas, un mouvement fluxionnaire qui peut aller jusqu'à la suppuration. Une fois les causes écartées, cette complication disparaît sous l'influence d'un traitement approprié; la surface du chancre perd sa couleur violacée, des bourgeons de bonne nature se montrent, et la cicatrisation se fait rapidement.

L'ulcération syphilitique primitive, atteinte de *phagédénisme*, présente une forme plus ou moins irrégulière, des bords livides, découpés et décollés, une base peu indurée, mais œdémateuse, un fond inégal habituellement recouvert d'une matière jaune ou grisâtre, sinon d'une sanie purulente mélangée de détritus organiques. Le propre de cette complication est de s'étendre en surface plutôt qu'en profondeur, et principalement aux tissus homogènes. Une sensation de douleur, de cuisson ou de brûlure accompagne ce nouvel état. Dans ces conditions, le diagnostic du chancre syphilitique est de la plus grande difficulté. Par exception seulement, le phagédénisme produit des pertes de substance un peu considérables, et se propage aux ganglions.

Les excès de boissons alcooliques dans les saisons chaudes, les climats chauds, les habitations malsaines, une mauvaise alimentation, le défaut de propreté, l'abus du mercure, les différents états cachectiques, sont les causes principales des complications ci-dessus décrites. En Angleterre, l'action de l'alcool, dans la production de ces accidents, est tellement marquée, qu'on a pu appeler quelques-uns de ces ulcères du nom d'œnophagédéniques (1).

La blennorrhagie, maladie contagieuse distincte. — La doctrine de la syphilis d'emblée, c'est-à-dire sans lésion locale primitive. — L'opinion professée pour la première fois en 1767, par Balfour, savoir, que la gonorrhée et la vérole sont deux maladies distinctes, adoptée par Ellis, C. Tode, A. Duncan, B. Bell, Bosquillon, et plus tard par Hernandez, Cockburn et la plupart des chirurgiens militaires anglais, tels que Mac-Gregor, Hennen, Guthrie, etc., contrôlée et vérifiée par les expériences de Ricord, et depuis par celles de Rollet, est aujourd'hui un fait trop clairement démontré pour qu'il y ait encore le moindre doute à son sujet. Dès l'instant que le pus blennorrhagique n'est pas inoculable, qu'il ne produit que rarement, et

(1) Ricord, *Lettres sur la syphilis*, 3e édit. Paris, 1863, p. 256.

seulement dans des cas exceptionnels, des ulcérations chancreuses (1), à quoi bon vouloir soutenir encore que la blennorrhagie peut engendrer la syphilis ou être simplement l'un des accidents initiaux de cette maladie? N'est-il donc pas préférable et plus logique de croire que les prétendus cas d'infection syphilitique non précédée de chancre, mais d'un simple écoulement blennorrhagique, ont été l'objet d'une fausse interprétation, soit que l'accident primitif ait passé inaperçu, qu'il y ait eu, comme le veut Ricord, un chancre larvé ou urétral, ou que primitivement la syphilis ne se soit manifestée par aucune lésion locale, et que d'emblée aient apparu les affections consécutives ?

Quoique de vieille date, la doctrine de la syphilis *d'emblée* mérite de nous arrêter. George Vella (2), l'un des premiers syphilographes qui l'aient développée, admettait, de son temps, que dans les cas où on ne trouve aucune lésion des parties génitales, le virus déposé sur elles a été absorbé sans produire aucune altération locale..... « Non est necesse membrum illud pati solutionem continuitatis; nam mala complexio putredinalis non corrosiva, potest insensibiliter et furtive ingredi in porositatibus carnis et, post certum tempus, imprimere ægritudinem, totum corpus manifeste lædentem. »

Reproduite par A. Matthiole, A. Lecoq et G. Fallope, cette théorie, plus tard repoussée par Fernel, a été reprise par Fabre, qui a cherché à l'appuyer de faits à la vérité fort peu concluants, empruntés en partie à J.-L. Petit. De nouveau abandonnée, elle vient enfin d'être présentée sous une nouvelle face par un chirurgien des plus distingués, le docteur Cusco (3).

Il est de fait qu'on voit un grand nombre d'individus, attentifs du reste, affectés de syphilis, sans qu'ils se soient jamais aperçus d'aucun accident primitif, si ce n'est parfois d'une blennorrhagie plus ou moins ancienne.

(1) Dans un cas où Hunter pratiqua l'inoculation du pus blennorrhagique, il en est résulté une ulcération. Hernandez a plusieurs fois répété l'expérience de Hunter, toujours sans succès. Sur 85 cas de blennorrhagie qui se sont présentés à mon observation, dit Ricord (*Traité prat. des maladies vénér.*), 4 ont été constatés de nature syphilitique (chancres larvés) par l'inoculation qui a produit des chancres, 80 blennorrhagies n'ont produit aucun résultat. Dans un cas, les résultats de l'inoculation n'ont point été signalés.

(2) *De morbo gallico opusculum*, cap. 1, in Luisinus, *Aphrodisiacus*, p. 208.

(3) *Gaz. des hôpitaux*, 1862, p. 253, 269, 301.

En pareil cas, le champ des hypothèses est vaste; quelques médecins accusent simplement l'incurie des malades, d'autres aiment à croire à l'existence d'un chancre larvé urétral, quelques-uns enfin pensent que la blennorrhagie (1) a pu être le point de départ de la syphilis; mais il peut arriver qu'aucune de ces hypothèses ne soit vraie. Le chancre urétral est en somme un accident rare, nous savons ce qu'il faut croire de la blennorrhagie en tant qu'accident initial de la syphilis, et la négligence personnelle d'un individu doit être bien grande pour qu'il laisse inaperçu un accident qui a rarement moins d'un mois de durée.

Pourquoi donc ne pas admettre que le phénomène initial puisse parfois faire défaut de la même façon que, plus tard, on voit souvent manquer les affections secondaires ou tertiaires? C'est encore là une hypothèse, dira-t-on; mais elle est tout aussi acceptable que les précédentes. Depuis surtout qu'il est prouvé que le chancre n'est plus la cause, mais la première manifestation symptomatique de la syphilis, cette hypothèse a du moins pour elle l'analogie.

A l'époque où l'inoculation de la variole était vulgairement pratiquée, Valentin ayant inoculé une jeune fille aux deux bras, huit jours après il n'y avait aucune trace de piqûres. Il réinocula; le soir même, fièvre, et trois jours plus tard éruption générale discrète, sans que les secondes piqûres aient présenté aucune marque d'éruption. Dans la vaccine (2) comme dans la variole, le bouton d'inoculation peut faire défaut, et il y a lieu de croire que les choses ne se passent pas autrement dans la syphilis; mais avant d'être affirmatif sur ce point, il convient d'interroger les faits. Or, nous devons avouer à cet égard que le peu d'observations qui sont parvenues à notre connaissance ne nous ont pas paru suffisamment probantes (3). Nous n'en donnerons pas moins le fait suivant, que nous avons pu suivre dans ses détails, et sans lequel nous ne serions sans doute pas entré dans toutes les considérations qui précèdent. Nous avons l'espoir que ce fait fixera

(1) Voyez G. Lagneau, *Archiv. de méd.*, 1856, t. I, p. 323.

(2) Voyez Bousquet, *Nouveau Traité de la vaccine des affections varioleuses ou varioliformes.* Paris, 1848.

(3) Outre les observations apportées par Fabre, *Traité des maladies vénériennes*, p. 8, 3e édit., Paris, 1778, on peut consulter trois faits consignés dans le remarquable ouvrage de Bassereau, *Traité des affections de la peau symptomatiques de la syphilis*, p. 116, 121 et 122. Paris, 1852.

tout au moins l'attention sur une question qui en définitive ne manque pas d'un certain intérêt clinique :

Obs. II. — Mme X..., âgée de 30 ans, me présenta, sur la fin du mois d'octobre 1859, un enfant de 6 ans qui arrivait de nourrice et qui présentait sur tout le corps une syphilide papuleuse des plus manifestes. Mme X..., la mère de cet enfant, n'avait jamais souffert, pas plus que son mari, du plus léger accident syphilitique. Désireux de connaître la cause de la maladie de l'enfant, j'examinai avec soin l'anus; outre qu'il était bordé d'une couronne de plaques muqueuses, cet orifice présentait une dilatation évidente infundibuliforme. Dans la bouche on trouvait seulement quelques rares plaques muqueuses. Je prévins Mme X... de la maladie de son enfant et du danger auquel elle s'exposait en continuant de l'embrasser. Tous les huit ou quinze jours, Mme X... m'amenait son enfant auquel j'avais administré un traitement spécifique; jamais elle ne se plaignit de la moindre souffrance; de plus, la mère de cette dame étant tombée malade, je fus appelé à la soigner, et de cette façon je pus voir Mme X... plus souvent encore. Le 25 janvier, peu de jours après la mort de sa mère, cette dame ressentit un malaise inaccoutumé; quelques jours plus tard, elle éprouva un sentiment de courbature générale, une douleur à la région dorsale gauche, un mal de gorge accompagné d'une toux légère. A cet état s'ajoutèrent bientôt des douleurs violentes à la région du cou, dans l'épaule gauche et la plupart des articulations. Le sommeil, ordinairement bon, devint difficile et agité. Le 2 février, je suis consulté, la malade accuse simplement du malaise et des douleurs : *infusion de tilleul*, *extrait thébaïque* 0,05, *sinapismes*.

Aucune amélioration, mais sensation de battements dans les tempes, à l'estomac et en plusieurs autres endroits, palpitations cardiaques violentes. Le 17 février, la malade prend un bain sulfureux, et le lendemain elle s'aperçoit de l'existence à la surface de la peau d'un nombre assez grand de petits boutons d'un rouge brunâtre. Cette fois, je reconnus qu'il s'agissait d'une infection syphilitique, je me trouvais en présence d'une syphilis papuleuse. J'examinai avec soin toute la surface cutanée, la gorge et les parties génitales, j'interrogeai la patiente dans le but d'arriver à découvrir le point de départ de l'infection; mais ce fut en vain, la malade, très-soigneuse d'elle-même, ne s'était aperçue de quoi que ce soit, et pour mon compte je ne pus arriver à découvrir non-seulement une ulcération, mais pas même une cicatrice. De ce jour un traitement mercuriel prescrit fut exactement suivi. Le 15 mars, l'éruption s'effaçait et les symptômes précurseurs avaient à peu près entièrement disparu. Le traitement fut continué durant trois mois. Le 22 août, ulcération profonde de l'amygdale gauche, exostoses aux avant-bras. Le traitement est repris; depuis, céphalées, gommes de la peau.

Jamais il n'y a eu de plaques muqueuses aux parties génitales, le mari a pu continuer ses relations conjugales sans éprouver le moindre accident.

Nous nous garderons de tirer une conséquence de ce seul fait,

d'autant mieux qu'il y a quelques jours, comme nous revenions sur l'interrogatoire de cette malade, elle nous dit cette fois s'être aperçue de l'existence, sur l'un des bords des narines, d'un petit bouton qui dura quelques jours, mais qui ne différait pas des vésicules d'herpès auxquelles elle est très-sujette. En tout cas, si la syphilis d'emblée existe, elle est tout au moins rare et exceptionnelle.

FAUSSE SYPHILIS OU SYPHILIS LOCALE.

SYNONYMIE : Chancre simple, chancre mou, chancre non infectant ou suppurant, chancroïde, chancrelle.

Partie historique. — L'accident que servent à dénommer ces différents synonymes, généralement appelé *chancre mou*, est depuis longtemps connu et décrit. Mais l'a-t-il été avant ou après le chancre induré? C'est là un point difficile à décider, et vraisemblablement ces deux ordres d'accidents ont existé depuis les temps les plus reculés. On trouve, en effet, dans les auteurs anciens, à côté de passages qui paraîtraient se rapporter au chancre induré, des descriptions notoires du chancre mou.

Déjà Hippocrate remarque que certains ulcères des parties génitales s'accompagnent de bubons. Celse (1), ensuite, divise ces ulcères génitaux en *secs* et *purs*, *humides* et *purulents*. Il décrit en outre le phimosis et le paraphimosis, complications fréquentes de l'accident qui nous occupe.

De même Dioscoride (2), Galien (3), Marcellus-Empiricus (4), Aetius (5), Paul d'Égine (6) parlent de certains ulcères génitaux qui ne sont très-vraisemblablement que des chancres mous. L'école arabe est loin d'être muette sur ce point; Mesue (7), Avicenne (8), Avenzoar (9), et surtout Albucasis (10), traitent tout au long de ces accidents.

(1) *Loc. cit.*, liv. V et VI.

(2) Dioscoridis *Opera*. Nicandri *Theriaca et Alexipharmaca cum scholiis*, édit. d'Ant. Sarazin (Saracenus). Francfort, 1598, l. I, c. 34, p. 24.

(3) *Opera* per J. Cornarium, Basil., 1549, finit. med. 18, p. 189 et 190.

(4) *De medicamentis*, c. 32, p. 391.

(5) *Loc. cit.*, l. XIV, c. 14, p. 16.

(6) *De re medica*, III, 59, p. 478. Basil., 1532.

(7) *Opera divi Joannis Mesuæ*, summ. III, part. IV, s. 1, c. 12. Lyon, 1533.

(8) *Canon medicinæ*, l. III, fen. XX, tract. I, c. 2, p. 652. Basil., 1556.

(9) *Theizir*, lib. II, tract. IV, c. 3, fol. 83. Lugd., 1531.

(10) *Liber Theor. nec non Pract. Alsaharavii*, etc., tract. XXII, c. 2, 3, 4, fol. 95. Augsbourg, 1519.

Les médecins du moyen âge ne se contentent pas de faire mention des ulcères de la verge et des bubons inguinaux, ils leur assignent pour cause un commerce impur. Parmi ces auteurs, on compte Guillaume de Saliect, Arnaud de Villeneuve, Guy de Chauliac, Valescus de Tarente, Argelata (1).

Après l'épidémie du quinzième siècle, plusieurs syphilographes, Marcellus Cumanus, Jean de Vigo, Benedictus, etc. (2), savaient distinguer certains ulcères génitaux des manifestations de la maladie prétendue nouvelle, la syphilis de Fracastor. Mais bientôt G. Vella, N. Massa, Lecoq, jetèrent la confusion sur ce point nosographique et firent passer l'erreur dans bien des esprits. Bon nombre d'auteurs regardèrent alors le chancre mou et les bubons suppurés comme des symptômes de la syphilis constitutionnelle. Toutefois, même à cette époque, on considère comme moins graves les ulcères génitaux qui ne sont pas accompagnés de dureté.

Hunter, qui, plus que ses devanciers, insista sur les caractères spécifiques du chancre induré, pense qu'il y a des symptômes primitifs qui ne sont pas spécifiques, et il se fonde sur ce fait qu'ils sont aggravés par le mercure. Adams et Abernethy développèrent les idées de Hunter. Carmichaël (3), étonné de voir, en dépit de leurs apparence, caractères et signes distinctifs, confondre tous les ulcères génitaux sous le nom de syphilis, propose d'appeler *maladies vénériennes* les affections génitales produites par un coït impur, et de réserver le nom de *syphilis* au chancre huntérien et aux accidents consécutifs. Ce hardi syphilographe n'hésite pas à admettre la pluralité des virus : «..... il serait absurde de dire, en thèse générale (ce sont ses propres paroles), que le virus est toujours le même et que la variété des formes qu'il revêt dépend toujours de la constitution des individus..... si la pluralité des virus est démontrée par la variété des ulcères primitifs, elle l'est aussi par le grand nombre des éruptions constitutionnelles. »

Cependant Carmichaël ne regarde comme vraiment syphilitiques et devant être traités par le mercure que les chancres indurés et leurs suites constitutionnelles.

(1) Voyez, pour les indications bibliographiques, *la Syphilis au moyen âge*, dans notre Historique.

(2) Voyez Al. Luisinus, *Aphrodisiacus*.

(3) *An Essay on the venereal diseases*. London, 1825.

Ricord (1) distingue le chancre simple du chancre induré et des accidents consécutifs, pour lesquels il réserve aussi le traitement mercuriel.

En 1852, Bassereau, faisant appel tout à la fois à l'observation clinique et à des considérations historiques imposantes, admet deux espèces distinctes de chancre, l'un *induré* et ordinairement suivi d'accidents, l'autre *non induré*, affection purement *locale*. Puis, à l'aide de la confrontation réitérée des malades infectés et de ceux qui leur ont donné le mal, il parvient à établir que chacun de ces accidents provient d'un chancre de même nature (2).

Plus tard et par la même méthode, Clerc (3) et A. Fournier (4) démontrent que le chancre mou se transmet uniquement dans son espèce. Mais tandis que cet accident est toujours inoculable au porteur, Fournier (5), Puche, Poisson et Nadau arrivent par de nombreuses inoculations à cette conclusion, que le chancre induré n'est pas auto-inoculable plus de deux fois sur cent.

Des expériences pratiquées par Rollet et Laroyenne (6) donnèrent un résultat peu différent, 6 pour 100. Préoccupé de cette exception à la règle et désireux de savoir si c'était bien en qualité d'ulcère syphilitique que l'accident s'inoculait au porteur, Rollet reconnut, contrairement à ce qu'enseignent les faits d'inoculation artificielle syphilitique à des sujets vierges, que chez les personnes contaminées par le chancre mou il n'y avait jamais d'incubation, et que l'accident d'inoculation se manifestait toujours primitivement par une pustule. Alors fut posée la question de savoir si les chancres syphilitiques ainsi inoculables n'étaient pas un mélange de chancre simple et de chancre infectant, et fut conçue l'idée du *chancre mixte*. Cet accident, dont nous avons déjà parlé, ne peut évidemment constituer une espèce nouvelle; mais il n'est pas moins très-important à connaître, puisqu'il vient donner une explication satisfaisante d'un certain nombre de faits en apparence exceptionnels ou contradictoires.

(1) *Traité pratique des maladies vénériennes, ou Recherches critiques et expérimentales sur l'inoculation*. Paris, 1838.

(2) *Traité des affections cutanées*, etc.

(3) *Moniteur des hôpitaux*, 1854.

(4) *De la contagion syphilitique*. Paris, 1857. — Comparez thèses inaugurales de Dron, *Du double virus syphilitique*, Paris, 1856; et Chabalier, *Preuves historiques de la pluralité des maladies vénériennes*. Paris, 1860.

(5) *Leçons sur le chancre*, professées par Ricord.

(6) Rollet, *loc. cit.*, p. 105.

Partie clinique. — a. Siége et fréquence relative. — Tout point du corps peut devenir le siége d'un chancre mou; mais, comme les organes génitaux sont, plus que les autres régions, exposés au contact de la matière virulente, ils en sont aussi le plus fréquemment atteints; chez l'homme, c'est le gland et le prépuce; chez la femme, la face interne des grandes et des petites lèvres. Sur deux cent vingt-deux observations prises au hasard, Melchior Robert a trouvé cent quatre-vingt-huit chancres siégeant dans la sphère des organes génitaux, vingt-cinq en dehors de cette sphère et neuf cas douteux. Jusqu'à ces derniers temps, on ne connaissait pas de faits bien authentiques établissant le siége de cet accident à la tête. En 1857, Rollet inocula sur l'apophyse mastoïde d'un vieillard cancéreux le pus d'un chancre mou, et il obtint deux ulcérations qui présentaient tous les caractères de cet accident. Ces ulcérations furent détruites le septième jour; plus tard, on n'observa aucun symptôme constitutionnel (1).

En 1858, Huebbenet, de Kieff, inocula également, avec le pus d'un chancre simple, un individu vierge de syphilis; une ulcération molle avec bubon suppuré en fut la conséquence (2). Enfin Bassereau, Buzenet (3), Puche, Nadau des Islets (4), Melchior Robert, ont transplanté à volonté le pus du chancre simple dans les différentes régions de la face où l'on n'avait jamais observé que le chancre induré.

Ainsi, plus de doute qu'on ne puisse artificiellement produire à la région céphalique la variété molle de l'ulcère chancreux. Le fait est incontestable; mais pourquoi observe-t-on si rarement ce chancre à la face? Il est difficile d'admettre qu'il n'y ait là qu'une simple question de terrain, et l'on est tenté de croire avec Rollet que le chancre induré est bien plus fréquent à la tête, parce qu'il reconnaît le plus habituellement pour cause les accidents secondaires si communs à la face.

Des statistiques prouvent péremptoirement qu'on observe plus souvent le chancre mou que le chancre induré. Sur 10 000 chancres, Puche a trouvé :

(1) *Gaz. méd. de Lyon*, 31 déc. 1857.

(2) *Recherches et expériences sur la syphilis,* mémoire lu à la Société des médecins de Kieff. *Union méd.*, 1858, p. 233. — *Die Beobachtung und das Experiment in der Syphilis.* Leipzig, 1859.

(3) Thèse de Paris, 1858.

(4) *De l'inoculation du chancre mou à la région céphalique.* Thèse de Paris, 1858.

Chancres indurés............	1 955
Chancres mous.............	8 045

Sur 341 chancres, Fournier a vu :

Chancres indurés...........	126
Chancres mous..............	215

b. Caractères objectifs.—Les cas nombreux d'inoculation du chancre mou ont permis d'observer et de suivre exactement les différentes phases de son évolution. Contrairement au chancre induré, il se développe en général dans un laps de temps fort court, au bout de deux ou trois jours. En général, dans les premières vingt-quatre heures, le point piqué devient rouge et s'entoure d'une petite auréole inflammatoire, puis survient une tuméfaction légère, apparaît ensuite une vésico-pustule et enfin une pustule analogue à celle de l'ecthyma. Ce mode de développement, qui appartient le plus ordinairement aux inoculations artificielles, s'observe aussi à la suite d'un coït infectant.

A ce premier état succède une ulcération plus ou moins profonde qui occupe toute l'épaisseur ou seulement une partie de la muqueuse ou de la peau, et dont il importe de bien préciser les caractères. Elle est le plus souvent arrondie, malgré une tendance marquée à envahir les tissus voisins; son étendue varie de plusieurs millimètres à quelques centimètres; ses bords sont nettement taillés à pic comme à l'emporte-pièce, légèrement décollés et quelquefois renversés en dehors. Examinés à la loupe, ils présentent de petites dentelures qui circonscrivent un cercle rouge inflammatoire. Le fond de l'ulcère est inégal, recouvert d'une matière jaunâtre ou grisâtre, sale et plus ou moins épaisse, constituée en grande partie par du pus. Ce liquide, sécrété en abondance, est virulent, contagieux au plus haut degré jusqu'au moment où la plaie se modifie et la cicatrisation s'opère.

La base du chancre simple présente ordinairement la même souplesse que les tissus voisins; et si parfois elle est le siége d'un empâtement plus ou moins résistant au toucher, jamais du moins elle n'offre cette induration élastique, indolente, chondroïde du chancre infectant. Le dépôt de certains topiques à la surface de cet ulcère peut néanmoins modifier les caractères d'induration de la base et devenir une cause d'erreur qu'il est bon de connaître.

La consistance, la forme et l'étendue du chancre mou sont d'ailleurs

susceptibles de varier soit avec le siége du mal, soit en vertu de conditions particulières à l'individu malade, et alors un seul signe pathognomonique persiste, c'est l'inoculabilité au porteur du produit de sécrétion.

Le chancre mou est le plus souvent multiple d'emblée, ou bien, primitivement unique, il se multiplie plus tard par des inoculations successives. Certains malades ont pu présenter jusqu'à 15 et 20 chancres de cette nature ; d'ailleurs il peut s'inoculer aussi souvent qu'on le voudra ; ainsi Lindmann a obtenu sur lui-même plus de 2 200 inoculations primitives. (Ricord.)

Sur....................	Chancres simples............	254
Ricord (1) a trouvé......	Chancres simples uniques.....	48
	Chancres simples multiples....	206

Ce chancre ne retentit pas fatalement et nécessairement sur les ganglions ; aussi l'absence d'adénopathies doit être considérée comme un de ses caractères les plus importants; et si parfois les glandes lymphatiques n'échappent pas à son influence, alors un seul ganglion est ordinairement pris qui, dès le début, devient douloureux et présente tous les caractères d'une phlegmasie suppurative.

Marche, durée et terminaison. — La marche du chancre simple est continue et progressive; il a de la tendance à envahir et à détruire les tissus voisins et par conséquent à creuser de plus en plus. Au bout d'un certain temps difficile à préciser, mais qui dépasse rarement la quatrième semaine, l'ulcère cesse de s'étendre, son fond se déterge, sa surface se couvre de bourgeons charnus rouges ou rosés, lesquels sécrètent un pus jaune de bon aloi. La rougeur et la tuméfaction disparaissent, l'ulcère contagieux se dépouille de ses caractères spécifiques et se transforme en une plaie simple ; puis bientôt arrive la cicatrisation, qui marche de la circonférence vers le centre, et laisse une cicatrice blanche plus ou moins profonde, sans induration.

Complications. — Plus fréquentes lorsqu'il s'agit du chancre mou que dans les cas de chancre induré, les complications sont toujours l'inflammation, le phagédénisme et la gangrène, mais de plus certaines productions pultacées auxquelles on applique à tort le nom de diphthérite.

(1) *Leçons sur le chancre*, 2e édit., p. 24.

L'inflammation simple n'a d'importance en général que par l'induration qu'elle détermine à la base du chancre et l'erreur qui peut en résulter. Une observation attentive, les renseignements fournis par le malade, l'absence d'adénopathies multiples et indolentes, la disparition rapide de l'induration, viendront bientôt éclairer le diagnostic.

La *gangrène* se manifeste d'ordinaire pendant les premiers jours de l'existence du chancre. Un cercle d'un rouge plus ou moins vif circonscrit l'ulcère, sa surface se tuméfie et se couvre de petits points brunâtres, elle sécrète un pus terne ou rouillé, le cercle devient de plus en plus profond, les parties inscrites prennent une teinte grise ou brunâtre et finissent par se détacher. L'escarre plus ou moins épaisse comprend tantôt seulement une partie du prépuce, tantôt une portion du gland, et laisse à sa suite des désordres considérables.

Le *phagédénisme* qui complique le chancre mou diffère moins par ses caractères que par son étendue de celui qui survient parfois dans le chancre induré. L'ulcération, dans ce cas, ne s'arrête pas toujours à la couche de tissu cellulo-sous-cutané, elle s'étend aussi bien en profondeur qu'en surface, elle met à nu les aponévroses, les vaisseaux, les nerfs et même jusqu'au tissu osseux.

Le *phimosis* peut s'ajouter à l'un ou à l'autre de ces états ; la muqueuse et la peau sont rouges et excoriées, la suppuration est abondante et le toucher très-douloureux. Le *paraphimosis*, dans certains cas, vient aussi compliquer le chancre mou.

« L'état diphthéritique et pultacé, dit Melchior Robert (p. 333), se présente sous deux formes : la forme pultacée et la forme pseudo-membraneuse, toutes deux procédant d'une même cause et pouvant se grouper sur la même plaie. Celle-ci, dans la première de ces formes, présente une analogie frappante avec la pourriture d'hôpital, et par le fait les chancres pultacés diffèrent peu des plaies compliquées de cette pourriture. Le fond de l'ulcération est jaunâtre, tomenteux, recouvert d'une matière pulpeuse mêlée de stries sanguines. Ses bords irréguliers, frangés, ont une teinte violacée, les tissus voisins sont œdémateux ; en même temps le malade ressent des douleurs, il perd l'appétit et éprouve une fièvre souvent intense. Dans la forme pseudo-membraneuse, l'ulcère est tapissé d'une fausse membrane qui lui adhère plus ou moins intimement. Il a un aspect jaunâtre et ne sécrète qu'une petite quantité de matière séreuse. Épaissie, desséchée dans certains cas, la production morbide adhère fortement au

fond de la plaie, qui peut rester stationnaire pendant très-longtemps sans s'étendre ni se rapetisser. Les alcalis attaquent ce produit de sécrétion, qui ne subit, en général, sous l'influence des acides, qu'un simple racornissement. La présence des productions membraneuses ou pultacées à la surface d'un chancre rend très-souvent ce dernier insensible aux agents extérieurs et même à la cautérisation.

Ici se termine l'étude nosographique du chancre mou, que nous avons à dessein rapprochée de celle du chancre dur ou suppurant (accident primitif). Nous connaissons ces deux accidents avec leurs analogies et leurs différences, et ainsi le moment est venu de chercher la relation qui peut les unir. Existe-t-il entre le *chancre mou* et la *syphilis* un rapport de causalité? ce chancre est-il vis-à-vis de cette maladie une affection distincte, tout à fait séparable? Telle est la question grosse de débats et de difficultés qui se présente naturellement à notre examen et dont la solution, bien qu'elle ne manque pas d'importance, offre cependant un intérêt plutôt doctrinal que pratique.

Deux doctrines sont en présence, le *dualisme* et l'*unitéisme*, qui ont toutes les deux la prétention de reposer sur l'expérimentation et l'observation clinique.

Les partisans du dualisme, c'est-à-dire de l'indépendance des deux maladies, invoquent à l'appui de leur opinion une différence tranchée dans les symptômes, la marche et l'évolution des deux ordres d'accidents, et de là ils induisent une différence de nature. Au point de vue de l'origine, chacune de ces maladies se transmet dans son espèce ; eu égard à l'incubation, tandis que la lésion locale de la syphilis ne se manifeste pas avant deux ou trois semaines, le chancre mou apparaît pour ainsi dire immédiatement après la contagion. Celui-ci commence par une vésico-pustule, il se montre sous la forme d'une ulcération profonde, à bords déchiquetés, taillés à pic, et ne s'accompagne jamais d'induration spécifique : il est indéfiniment réinoculable au porteur ; celle-là débute par une saillie papuleuse, elle revêt les caractères d'une ulcération à bords peu sensibles, inclinés vers le fond, s'accompagne toujours d'une induration spécifique, et n'est pas réinoculable. Le chancre mou donne lieu à des adénites ou lymphites aiguës, phlegmoneuses, suppurant le plus souvent et fournissant dans quelques cas un pus inoculable; avec le chancre syphilitique, coexistent toujours des adénites multiples, indolentes, dures,

élastiques et n'ayant aucune tendance à la suppuration. Le chancre mou enfin n'est jamais suivi d'infection constitutionnelle.

Évidemment, on ne peut contester l'importance de ces dissemblances, dont un certain nombre sont admises par les défenseurs mêmes de l'unitéisme. Toutefois, pour soutenir leur doctrine, ces derniers prétendent que le chancre mou est quelquefois suivi de syphilis constitutionnelle, et que si la plupart du temps il se transmet dans son espèce, il peut arriver aussi qu'il engendre l'accident initial de la syphilis et réciproquement. Examinons chacun de ces points successivement.

1° *Le chancre mou est quelquefois suivi de syphilis constitutionnelle.* — Les faits invoqués à l'appui de cette assertion sont malheureusement incomplets et trop peu détaillés pour être démonstratifs; en effet, les auteurs, au lieu de faire connaître les caractères de ce chancre, se contentent de dire, le plus souvent, comme Melchior Robert (1), que cet accident, qu'ils accusent d'avoir produit la syphilis, manque de l'*induration* caractéristique. Sans doute ce caractère, qui est principal, faisant défaut, il faut en tenir compte; mais ce n'est pas assez néanmoins pour qu'on puisse affirmer la nature non syphilitique de l'ulcération, parce que l'induration est quelquefois difficile à constater. Nous accepterions cette affirmation, si à côté de cette simple assertion, qu'il y avait absence d'induration, les auteurs nous décrivaient les moindres détails de l'ulcère incriminé.

2° *Le chancre mou peut transmettre un chancre induré.* — Les faits (2) qui viennent à l'appui de cette thèse, assez peu nombreux d'ailleurs, n'échappent pas au reproche ci-dessus formulé ; ils manquent de détails, car si on y trouve l'indication d'un chancre simple, d'un chancre sans induration, il n'y est nullement fait mention des caractères précis de cet accident, et, en somme, rien ne prouve qu'il s'agisse dans ces cas d'un chancre mou, c'est-à-dire d'un ulcère profond à bords taillés à pic, etc., plutôt que d'une érosion chancreuse par exemple. Au lieu d'attacher à l'induration une importance trop absolue, et de se contenter de signaler l'absence de ce symptôme, il serait préférable à notre avis, pour défendre l'unitéisme, de faire la description exacte de l'accident observé ; le chancre mou présente en effet des caractères plus nets, plus tranchés, plus spécifiques peut-être, que ne le

(1) *Nouveau Traité des maladies vénériennes*, 1861, p. 560.

(2) Voyez pour la plupart de ces faits le *Traité des maladies vénériennes* de Langlebert, p. 344.

sont ceux du chancre induré. Les faits qui n'offrent pas ces garanties d'exactitude n'ont aucune valeur démonstrative. Enfin, avant d'accepter l'hypothèse de la genèse d'un chancre induré par le chancre mou, il faut encore discuter la question de savoir si l'accident contagieux n'était pas un chancre mixte.

3° *Le chancre mou peut dériver du chancre induré.* — Cette dernière proposition mérite, selon nous, un examen beaucoup plus sérieux que les deux précédentes; sur elle principalement pivote aujourd'hui la doctrine de l'unitéisme. Des faits cliniques et expérimentaux interviennent ici; voyons quelle valeur il convient de leur accorder.

Vu la difficulté de l'observation en pareille matière, on nous accordera que les faits cliniques ont incontestablement moins d'importance que les faits expérimentaux et qu'ils n'ont de valeur absolue qu'autant qu'ils peuvent être reproduits à la pointe de la lancette. En voici deux parmi les principaux qui paraissent plaider en faveur de l'unitéisme.

M. D... âgé de 18 ans, ayant pour seuls antécédents vénériens une blennorrhagie ordinaire, gagna, de la seule femme avec laquelle il eut des rapports, des chancres simples siégeant sur le bord du prépuce avec adénopathie subaiguë unilatérale. La femme examinée présentait des chancres à base légèrement engorgée, une syphilide exanthématique, une céphalée nocturne, plus tard une éruption palmaire, des croûtes impétigineuses en dépit du traitement. Quant au jeune malade, ses chancres restèrent mous; il ne fit aucun traitement et ne vit se développer aucun symptôme de la syphilis constitutionnelle. (Melchior Robert, *Faits et considérations à l'appui de l'unicité du virus chancreux*, broch. in-8°, Marseille, 1859.)

Mme R... fut atteinte, à la suite de rapports antiphysiques, de sept chancres siégeant autour de l'anus, larges, à fond grisâtre, à bords découpés et décollés, entourés d'une auréole inflammatoire, présentant tous les symptômes de chancres phagédéniques serpigineux. Cette malade n'a jamais eu la syphilis constitutionnelle et n'en a présenté depuis aucun symptôme.

Le mari, qui était l'auteur de la contamination, portait un chancre induré avec adénite inguinale double, et depuis il eut, malgré le traitement, plusieurs des accidents graves de la syphilis (*ibid.*, p. 116).

Des faits du genre de ceux qui précèdent ont été publiés par Langlebert (1), par Rey (2) et par Cullerier (3).

(1) *Loc. cit.*, p. 351 et 356, obs. v et obs. xi.
(2) *Annuaire de la syphilis*, 1859, p. 83. Lyon.
(3) *Précis iconographique des maladies vénériennes*, p. 35.

Si ces faits sont exacts et bien observés, nécessairement l'expérimentation doit fournir des résultats identiques. Quel est donc son contrôle? En Angleterre, H. Lee (1) parvient, à l'aide de l'irritation par les vésicatoires et la poudre de sabine, à rendre auto-inoculables des ulcères syphilitiques (chancres indurés) qui jusque-là n'avaient pu être inoculés au porteur. L'accident qu'il détermine n'est pas un chancre induré, est-il un chancre mou, ainsi qu'on a pu le prétendre? Je n'en crois rien, puisque l'expérimentateur dont il s'agit signale simplement l'apparition de vésico-pustules qui, de nouveau inoculées, ont donné lieu à des accidents passagers qui n'ont pas manifesté de tendance bien marquée à l'ulcération. En Norwége, Bœck (2) de Christiania, Bidenkap (3), son élève, et Hjort prétendent qu'il est possible de produire des chancres mous à l'aide de la sécrétion modifiée du chancre induré; mais les faits qu'ils donnent à l'appui de cette assertion ne paraissent pas devoir entraîner la conviction, et rien ne prouve qu'en certains cas ils ne se soient pas mépris sur la nature réelle de l'accident qui a servi de point de départ à leur expérimentation. Il n'est pas mieux démontré, d'ailleurs, que l'on doive regarder comme identiques avec le chancre mou tous les accidents qui sont résultés de leurs inoculations. Ces mêmes expériences, du reste, répétées par Bidenkap lui-même, à l'hôpital du Midi, dans le service de Follin, n'ont produit aucun des résultats annoncés.

Les expériences pratiquées en France par Melchior Robert sont passibles des objections que nous adressons à celles des médecins suédois. Mais, dira-t-on, ces objections tombent en partie devant les faits rapportés par H. Kobner. Cet expérimentateur est parvenu à inoculer au porteur, non plus la sécrétion des chancres, mais celle des plaques muqueuses. Ici, en effet, on ne peut supposer qu'il y ait eu erreur de diagnostic touchant la lésion qui a servi à l'inoculation. Toutefois, si l'on interroge les observations de Kobner (4), il est difficile de voir un chancre mou avec tous ses caractères dans le résultat des inoculations pratiquées par cet auteur. Les pustules qu'il est arrivé à produire pa-

(1) *Lectures on syphilitic inoculation*, The Lancet, 13 sept. 1862, p. 275.

(2) *Recherches sur la syphilis*. Christiania, 1862, p. 65.

(3) *Aperçu des différentes méthodes de traitement employées à l'hôpital de Christiania contre la syphilis constitutionnelle*. Christiania, 1863; et *Gaz. des hôpitaux*, p. 535, 1864.

(4) *Klinische und experimentelle Mittheilungen aus der Dermatologie und Syphilidologie*. Erlangen, 1864, p. 77 et seq.

raissent n'avoir qu'une lointaine analogie avec le chancre mou, et si elles ont pu être parfois réinoculées de façon à donner lieu à des ulcérations plus ou moins profondes, elles n'ont jamais présenté ni l'ensemble des caractères ni l'évolution d'un chancre; de telle sorte que rien n'autorise à considérer ces produits d'inoculation comme identiques avec le chancre mou, d'autant mieux qu'il est assez vraisemblable que toute espèce de liquide irritant, le pus surtout, arriverait à produire, chez les individus en puissance de syphilis secondaire principalement, des désordres anatomiques du genre de ceux dont il s'agit. L'expérience mérite tout au moins d'être tentée si l'on veut arriver à une solution positive de la question. Au résumé, les faits cliniques qui tendent à prouver que le chancre mou peut dériver du chancre induré ou d'un accident syphilitique quelconque, n'ont pas, à l'heure qu'il est, reçu la sanction de l'expérimentation, et en conséquence il n'est pas possible d'en tirer des déductions rigoureuses.

L'analogie est dans la question qui nous occupe un argument que l'on n'a pas manqué de faire valoir, mais qui, en définitive, n'a qu'une importance médiocre. Nous avouerons cependant que nous avons été pour un instant entraîné vers l'unitéisme, après un examen comparatif des maladies virulentes qui, symptomatiquement, se rapprochent le plus de la syphilis. Nous avions été frappé de ce fait, que dans la variole (1), le cow-pox (2), la vaccine (3) et la clavelée (4), il existe à côté de la vraie pustule initiale une fausse pustule, différente de la précédente, et par ses caractères objectifs, et par la durée de son incubation, comme aussi par son évolution; mais un examen attentif de ces fausses pustules n'a pu nous convaincre qu'elles constituassent un accident spécial indéfiniment transmissible par inoculation comme le chancre mou; elles nous ont paru n'être que le résultat de l'introduction sous l'épiderme d'un corps

(1) Gandoger de Foigny, *Traité pratique de l'inoculation*, p. 318. Nancy et Paris, 1768.

(2) Citation de Jenner, par Husson, dans *Recherches historiques et médicales sur la vaccine*. Paris, 1803.

(3) *Rapport sur la vaccine*, par la Commission méd.-chir. de Milan, trad. de Heurteloup, p. 21. Paris, 1802.

(4) Voyez Hurtrel d'Arboval, *Traité de la clavelée, de la vaccination et de la clavelisation des bêtes à laine*, § VI, p. 231. Paris, 1822.

irritant, résultat analogue à celui que l'on détermine par l'inoculation des plaques muqueuses et du chancre induré suppuré.

De toute cette discussion nécessitée par l'état actuel des connaissances relatives au sujet que nous traitons, on peut déduire les conclusions que voici :

1° Il n'est pas prouvé qu'un simple ulcère profond, à bords taillés à pic, qu'un vrai chancre mou en un mot, ait été, dans aucun cas, l'accident initial de la syphilis constitutionnelle.

2° Il n'est pas mieux démontré que cette même affection ait jamais pu transmettre un chancre induré et la syphilis.

3° Enfin, les observations cliniques qui tendent à faire admettre que, dans des conditions données, le chancre mou puisse dériver du chancre induré, n'ayant pas encore été confirmées par l'expérimentation, nous ne pensons pas qu'on soit autorisé à reconnaître l'existence d'un rapport véritable entre le chancre mou et la syphilis.

Nous savons que l'on reproduit en ce moment les expériences dont il a été ci-dessus question. Quels seront les résultats de cette nouvelle expérimentation, nous l'ignorons ; mais que l'on nous démontre clairement que le virus syphilitique est susceptible d'être modifié, de dégénérer de telle sorte que, dans certaines conditions, il puisse engendrer le chancre mou, et immédiatement nous deviendrons partisan de l'unitéisme. En attendant, nous croirons que dans le cadre des maladies vénériennes doivent se ranger trois ordres de maladies, trois espèces distinctes, s'il est permis de parler ainsi, qui sont : la *blennorrhagie*, le *chancre* et la *syphilis*.

§ 2. — Bubons et lymphangites.

Jos. Hermann, Die syphilisch. Drüsenerkrankung. Wien. Med. Halle, IV, 40, 41, 43, 48, 49. — A. Barailler, De l'adénopathie vénérienne. Thèse de Paris, 1854. — Émile Salneuve, De la valeur sémiologique des affections ganglionnaires. Thèse de Paris, 1852. — Delpech, Des bubons vénériens. Thèse de Montpellier, 1855. — Reboul, Des adénites vénériennes. Thèse de Paris, 1857. — Nayrand, Des adénites inguinales et de leur importance dans l'étude des maladies vénériennes. Thèse de Paris, 1862. — Sigmund, Die chronische Schwellung der Lymphdrüsen bei Syphilis in pathologischer und therapeutischer Beziehung. Wien, Med. Wochenschrift, n°s 22, 23, 25, 1859. Voyez en outre beaucoup des travaux indiqués ci-dessus, Bibliographie du chancre.

A. *Bubons.* — Par le mot bubon (βουβών, aine), on entend une

altération avec tuméfaction des ganglions lymphatiques. Cette dénomination, que nous conservons uniquement à cause de son ancienneté, sera plusieurs fois, dans le cours de ce travail, remplacée par le mot *adénopathie*, qui paraît préférable en ce qu'il fait connaître d'une façon plus exacte quel est l'organe lésé.

Chaque période de la maladie qui nous occupe a ses bubons spéciaux; profonds et viscéraux dans la dernière, ils sont superficiels ou sous-cutanés dans les deux périodes d'éruption générale et d'éruption locale, avec cette différence toutefois, que dans celle-ci, au lieu de se généraliser, ils restent bornés à la région lymphatique correspondant à l'altération primitive. C'est de ces derniers uniquement qu'il va être question.

Au moyen âge (1) et même dans l'antiquité, on connaissait le bubon suppuré et la coexistence des abcès de l'aine avec l'ulcère des parties génitales; mais les bubons froids et indolents de la syphilis paraissent avoir été à peu près complétement ignorés jusqu'à la fin du quinzième siècle. Gaspard Torella rapporte l'un des premiers faits peut-être d'une affection du système lymphatique concomitante du chancre induré : c'est celle d'un homme qui, après des rapports avec une femme malade, vit venir sur le pénis un ulcère virulent de mauvais aspect et accompagné d'une dureté qui s'étendait comme les rayons d'une roue vers les aines. Villalobos (1498) fait mention de l'adénite inguinale. Marcel de Côme en parle comme il suit : « Ego Marcellus Cumanus infinitos bubones causatos ex pustulis « virgæ et ex nimia fatigatione et labore curavi (2). » Mais à cette époque et dans les années qui suivirent, le bubon suppuré n'était généralement pas considéré comme une manifestation du mal français. Nicolas Massa, l'un des premiers, en fit un symptôme de cette maladie; néanmoins, comme l'a remarqué Bassereau, il ne put échapper à l'esprit de cet observateur que les ulcères qui sont suivis de bubons suppurés ne sont pas ordinairement ceux à la suite desquels on voit se dérouler les phénomènes de l'infection consécutive. « Il paraît très-souvent à la verge, dit Massa, des ulcères malins, calleux, opiniâtres, et il vient des pustules autour des parties honteuses; cela est suivi de tumeurs aux aines, qui emportent le mal, *si elles suppurent* surtout depuis le commencement. »

(1) Guillaume de Salicet, *loc. cit.* Voy. Historique, p. 16.
(2) *Aphrodisiacus* de Gruner, p. 52, obs. VII.

Ant. Lecoq (1), quoique partageant les mêmes opinions, tient à cet égard un langage plus explicite encore : « Quelquefois le virus, dit-il, se jette sur les aines et en tuméfie les glandes ; si la tumeur *suppure*, c'est souvent un bien. Cette maladie s'appelle bubon, d'autres la nomment *poulain*, par un trait de raillerie contre ceux qui en sont attaqués, d'autant qu'ils marchent en écartant les jambes comme s'ils étaient à cheval. »

Cette même pensée et la distinction qu'elle établit se retrouve dans les écrits d'un grand nombre d'auteurs de l'époque, et en particulier dans ceux de Thierry de Héry et d'Ambr. Paré (2). Thierry de Héry n'était pas seulement édifié sur la valeur séméiotique du bubon suppuré, il connaissait encore la signification pathologique du bubon dur et indolent : « Bien est vrai, dit-il (3), que les plus certains signes de la vérole sont, quand après ou pendant les ulcères des parties honteuses (spécialement calleux et durs en leurs racines) apparaissent tumeurs aux aynes, qui s'en retournent dedans le corps *sans suppurer*. »

De même encore Guillaume Rondelet écrit que les bubons rétrocédés ou indurés et sans tendance à la suppuration sont les signes certains d'une syphilis générale, imminente : « Si qui dolores omoplatæ, « clavicularum et sterni..... patiantur, præcesseritque exulceratio in « mentula intra vel extra, et bubones venerei, qui non profluxerint, « sed retrocesserint vel indurati sint, eos morbo gallico laborare « certo, et intrepide, etiamsi negent, affirmare possumus (4). » A partir de cette époque les bubons continuent d'être décrits par la plupart des syphilographes ; mais trop souvent, peut-être, ceux-ci ne tiennent pas suffisamment compte de la distinction importante établie par leurs devanciers et du progrès accompli.

« Les bubons vénériens, dit Astruc (5), sont des tumeurs des glandes lymphatiques des aines, douloureuses, dures, résistantes, qui viennent difficilement à suppuration et qui sont produites, médiatement ou immédiatement, par un commerce impur. »

(1) *De ligno sancto non permiscendo opus*, cap. I, in *Aphrodis.*, p. 462. Paris, 1540.

(2) *Œuvres complètes*, édition Malgaigne. Paris, 1840.

(3) *Méthode curatoire de la maladie vénérienne*, édition de 1660, p. 33.

(4) *De morbo gallico*, § *de signis morbi gallici incipientis*, in *Aphrodisiac.*, p. 938.

(5) *Traité des malad. vénér.*, édit. Louis, 1777, p. 253.

Cet auteur admet des bubons phlegmoneux, œdémateux et squirrheux, suivant qu'ils ont une forme inflammatoire, œdémateuse ou d'induration indolente. Swediaur établit une distinction importante entre les bubons *idiopathiques* et *sympathiques*. Les premiers sont produits par l'absorption médiate ou immédiate du virus vénérien, tandis que les seconds proviennent simplement de l'irritation qui existe à l'extrémité des vaisseaux lymphatiques. Il admet en outre des bubons secondaires, ou produits par une syphilis constitutionnelle, et accepte le bubon d'emblée.

Lagneau divise les bubons vénériens en primitifs, consécutifs ou secondaires, et en constitutionnels. Ricord enfin distingue, à l'exemple des médecins anciens, le bubon sympathique ou virulent du chancre mou des bubons durs et froids qui appartiennent au chancre induré, et cette distinction justement acceptée aujourd'hui par la plupart des syphilographes modernes nous paraît parfaitement exacte. Ainsi les adénopathies concomitantes des altérations ci-dessus décrites se présentent sous trois formes :

1° Adénite simple ; 2° adénite virulente ou d'absorption ; 3° adénopathie mixte ou indurée.

1° *Adénite simple* (*bubon sympathique*). — Sans liaison aucune avec la maladie syphilitique, si ce n'est par la plaie légère qui appartient à l'accident primitif, l'adénopathie aiguë simple est relativement plus fréquente comme phénomène consécutif dans les cas de chancre mou, et l'on le conçoit facilement, si on se rappelle que ce chancre se trouve constitué par une ulcération à large surface, tout à fait favorable à une résorption, tandis que la lésion initiale de la syphilis, souvent à peine ulcérée et nullement suppurative, est peu propre à l'absorption.

C'est en général durant la période du chancre que se manifeste cette adénite, quelquefois cependant à une époque assez éloignée de cette période pour qu'on ne retrouve plus trace de cet accident.

En tout cas, elle ne diffère pas notablement de l'adénite ordinaire ; tantôt toute la pléiade ganglionnaire d'un seul ou des deux côtés subit l'influence de la cause irritante, les ganglions tuméfiés donnent au toucher la sensation de petits corps arrondis ou ovales, libres sous la peau, et là se borne toute l'altération ; tantôt, l'un des ganglions seulement, en communication plus directe sans doute avec la partie malade, se tuméfie de plus en plus, jusqu'à acquérir

un volume double ou triple, refoulant et effaçant tous ceux qui l'entourent; douloureux, il cause une gêne plus ou moins grande, il est accompagné d'embarras gastrique et d'un état fébrile plus ou moins intense. Dans ces conditions, la peau reste normale et la résolution s'opère, ou bien, rouge et congestionnée, elle finit par adhérer intimement au ganglion; celui-ci présente moins de résistance vers la partie centrale, l'épiderme se détache, la peau devient violacée et éclate pour donner issue au pus, si l'on ne pratique une ouverture artificielle. Quelquefois, après la suppuration d'un des ganglions, une ou plusieurs autres glandes lymphatiques se mettent à suppurer de la même façon, ce qui constitue une complication d'autant plus fâcheuse que le plus souvent ces différents foyers se réunissent par des trajets sous-cutanés et entretiennent une suppuration abondante, difficilement tarissable.

Cette adénopathie est la seule que l'on observe indépendamment d'une lésion locale, c'est à elle par conséquent qu'il convient de rapporter le bubon d'emblée.

Bubon d'emblée. — On appelle ainsi une lésion ganglionnaire de l'aine, survenant indépendamment de toute affection génitale. Objet de discussions plus ou moins vives, le bubon d'*emblée*, dont Hunter admettait l'existence, eut pour principaux défenseurs, dans ces derniers temps, Lagneau, Vidal de Cassis et Castelnau.

Lagneau a cherché à montrer que cet accident n'était pas de date récente; mais les faits qu'il invoque à l'appui de cette manière de voir, empruntés à Astruc, Fallope, Swediaur, Bertrandi, sont loin d'avoir une valeur scientifique rigoureuse. Vidal croit au bubon d'emblée, dont il cite des exemples, et rappelle des faits observés par Reynaud de Toulon et Gibert (1). Mordret du Mans (2), Bertrand (3), Schutzenberger (4), Baumès (5), ont publié quelques cas qui tendent à faire admettre ce genre d'accident. Castelnau (6), dans une étude approfondie du sujet, a fait connaître trois nouvelles observations. Les faits qu'il rapporte sont malheureusement discutables, ou

(1) *Traité des maladies vénériennes*, 1855, p. 252.
(2) *Recueil périodique de la Société de médecine de Paris*, août 1829.
(3) *Précis des maladies vénériennes*, t. I, p. 30.
(4) *Mémoires de la Société médicale de Strasbourg*, t. I, p. 92.
(5) *Précis théorique et pratique des maladies vénériennes*, t. I, p. 30.
(6) *Annales des maladies de la peau et de la syphilis*, t. II, p. 38.

parce que l'examen des parties génitales a été incomplet ou trop retardé, ou parce que les antécédents des malades n'ont pas été soigneusement notés. Toutefois, on ne peut nier qu'il n'existe des bubons vénériens sans chancre préalable.

Diday (1), après avoir soumis à une critique sérieuse la doctrine des bubons d'emblée, admet, en s'appuyant sur un assez grand nombre de faits, que ces accidents n'ont aucune qualité virulente, que leur incubation est longue, et leur durée d'environ un mois; une inflammation toujours médiocre, un malaise et une fièvre relativement intenses les accompagnent. Mais tous ces caractères, il est facile de le voir, ne diffèrent pas de ceux de l'adénite simple; le bubon dont il s'agit n'est conséquemment autre chose que cette affection sans ulcération préalable, tenant sans doute, dans plusieurs cas, à des excès de coït, ainsi qu'il arrive à la suite d'une marche forcée ou d'un traumatisme quelconque.

2° *Adénite virulente, adénopathie du chancre mou.* — Le chancre mou parcourt le plus souvent toutes ses périodes sans amener le moindre retentissement sur les ganglions voisins ; dans un certain nombre de cas pourtant, 65 fois sur 207 cas (Ricord), survient dans le cours de cet accident, ou peu de temps après sa disparition, une adénite aiguë essentiellement monoganglionnaire, presque fatalement suppurative et qui fournit un pus virulent, inoculable comme celui du chancre qui l'a produite. Les ulcérations molles du frein, du limbe du prépuce et du méat urinaire, sont, en vertu de la grande richesse lymphatique de ces régions, tout particulièrement disposées au développement de cette adénite. Bien qu'elle puisse apparaître à toutes les périodes de l'existence du chancre, celle-ci pourtant ne se montre pas en général avant la fin du premier septénaire, les chancres étant jusque-là doublés d'un tissu enflammé qui s'oppose à leur absorption. Purement inflammatoire à son début, cette adénopathie ne subit que plus tard, suivant quelques auteurs (Melchior Robert), le contact du virus absorbé, qui la transforme en adénite virulente ; ce serait une véritable superfétation dans laquelle le dernier germe se développerait au détriment du premier.

Le bubon dont il s'agit, monoganglionnaire toutes les fois que le chancre est isolé et n'occupe pas la ligne médiane , affecte,

(1) *Nouvelles Doctrines sur la syphilis*, p. 186.

comme l'a déjà vu Hunter, les ganglions superficiels sans jamais atteindre les glandes lymphatiques profondes. Rarement les vaisseaux lymphatiques participent à l'altération ; mais si parfois ils subissent l'action du virus, on les voit s'enflammer en même temps que le tissu cellulaire qui leur sert de gangue. De là, formation d'un phlegmon dont l'ouverture laisse une plaie qui prend bientôt tous les caractères du chancre mou.

Le travail phlegmasique ganglionnaire marche en général avec une grande rapidité et aboutit fatalement à la suppuration. Jusque-là l'adénopathie virulente différait peu de l'adénite simple ; mais l'abcès une fois ouvert, la plaie revêt tôt ou tard l'aspect caractéristique du chancre d'où elle dérive ; de plus, elle présente les mêmes propriétés d'inoculation et peut subir les mêmes déviations. Le pus qu'elle sécrète est en effet inoculable au même degré que celui du chancre mou.

Cependant, les choses se passent quelquefois différemment et l'adénite peut par sa présence donner lieu à un phlegmon périphérique, dont le pus n'est pas inoculable. « J'ai rencontré, dit Ricord (1), des cas dans lesquels les ganglions infectés, sorte de kystes virulents, étaient disséqués et mis à nu par la fonte phlegmoneuse périphérique ; je pouvais alors inoculer le pus d'*entourage* sans résultat, ouvrir ensuite le ganglion et obtenir un pus à action spécifique. » On conçoit que si, dans ces conditions, l'ouverture de la collection purulente se fait spontanément, la suppuration du début puisse n'être pas inoculable tout d'abord et tant que résistera la coque ganglionnaire.

Le *diagnostic* de l'adénite qui nous occupe est ordinairement facile, en raison des caractères qu'affectent en général les bords et les parois du foyer en suppuration. C'est qu'en effet, au lieu de se rétrécir peu à peu, et de manifester une tendance vers la cicatrisation comme dans l'adénite simple, l'ouverture s'arrondit, s'élargit par suite d'inoculations successives et d'une ulcération progressive, de façon à prendre, dans certains cas, des proportions considérables. Recouvert ou non d'une portion de peau percée de trous, le fond de cet ulcère présente en général un aspect grisâtre, et sécrète un pus séreux ou sanguinolent, différent de la suppuration homogène du véritable phlegmon.

(1) *Lettres sur la syphilis* ; 3e édit. Paris, 1863, p. 325.

La plupart des complications du chancre mou peuvent atteindre le bubon virulent; l'une des plus fréquentes est le *phagédénisme*, dont les dégâts sont tellement effroyables, dans certains cas, que les muscles, les vaisseaux et les nerfs se trouvent disséqués, les membres privés de leur enveloppe cutanée, et les malades minés par une suppuration trop souvent intarissable. Tel est le bubon du chancre mou. De même que l'affection d'où elle dérive, cette adénite a, dans l'immense majorité des cas, un caractère qui indique qu'il n'y a pas d'infection constitutionnelle consécutive : en cela elle a une signification séméiotique tout à fait opposée à celle du bubon indolent de la syphilis.

3° *Bubon indolent, adénopathies multiples, indolentes, indurées, mixtes. — Bubon spécifique; vrai bubon syphilitique.* — Acolyte ordinaire et pour ainsi dire obligé de l'accident syphilitique primitif, cette variété d'adénopathie se présente avec des caractères particuliers justement qualifiés de l'épithète de spécifiques, puisqu'ils ne s'observent en réalité que dans le cours de l'infection constitutionnelle. Elle se montre d'une façon presque constante, car les cas se comptent dans lesquels on a pu noter son absence, et elle apparaît en même temps que l'induration du chancre, ou mieux dans le premier ou le second septénaire à dater de son début; de plus, elle est multiple, dure, indolente, non accompagnée de réaction inflammatoire, et si, par hasard, un des ganglions vient à suppurer, le produit de suppuration n'est jamais inoculable.

Concomitante de chacune des variétés de l'accident initial de la syphilis, cette adénopathie a un siége variable, toujours en rapport avec celui de la lésion à laquelle elle est intimement liée. Dans l'aine, où on la trouve le plus fréquemment, elle peut occuper les deux côtés à la fois, à cause sans doute de l'entre-croisement sur la ligne médiane des vaisseaux lymphatiques de cette région, car cette double action n'a pas ordinairement lieu avec un chancre d'un autre point du corps, à moins qu'il ne soit très-rapproché de la ligne médiane.

D'abord simple tension ganglionnaire, indolente et fréquemment ignorée du malade, le bubon spécifique, arrivé à son complet développement, consiste en une tuméfaction relativement peu considérable, ferme, remarquablement dure, d'un seul et le plus souvent de l'ensemble des ganglions situés dans l'atmosphère lymphatique qui cir-

conscrit la lésion locale. Ces ganglions constituent alors autant de tumeurs petites, ne dépassant guère le volume d'une aveline, arrondies ou ovalaires, résistantes, élastiques, mobiles sur les parties qui les entourent et indépendantes les unes des autres. Situées au-dessous de la peau, qui conserve sa coloration normale, et dans un tissu cellulaire sain, ces tumeurs, complétement indolentes, rappellent au doigt qui les presse la sensation que donne l'induration du chancre syphilitique. Elles sont en général de même grosseur, mais parfois on trouve un ganglion plus volumineux, en relation plus directe avec la lésion initiale. Ce ganglion (ganglion anatomique de Ricord), qui occupe le point central, et autour duquel les autres ganglions forment comme autant de satellites, est de préférence appelé à suppurer lorsqu'une cause vient à modifier la surface de l'ulcère primitif, et, à plus forte raison, quand ce dernier passe lui-même à la suppuration.

Là se trouve déjà une première cause de suppuration des bubons syphilitiques, mais ce n'est pas la seule ; la constitution et les habitudes du malade en sont une autre. Ainsi, chez les individus à constitution strumeuse, les ganglions, au lieu de rester petits et durs, prennent parfois un développement plus grand en même temps qu'ils donnent lieu à une sensation de mollesse plus marquée. Les excès de coït, les marches forcées peuvent de même changer la nature du bubon spécifique ; mais, dans tous les cas, la suppuration est assez rare pour que Melchior Robert (1) ne l'ait observée que 5 fois sur 33 cas ; et comme le pus n'est pas inoculable, la plaie d'ouverture se referme rapidement. Une exception doit être faite cependant pour les cas où un chancre mou vient à s'inoculer sur un chancre dur, et pour ceux dans lesquels la sécrétion du chancre syphilitique se trouve modifiée par un agent irritant ou par le phagédénisme. La coexistence des deux ordres d'accidents étant possible, on conçoit que les diverses espèces d'adénites puissent se rencontrer simultanément sans qu'il y ait lieu d'en être surpris. Il n'en résulte pas moins que des lois fixes et inexorables régissent tous ces accidents, et si l'on a pu en contester la rigueur, c'est uniquement parce qu'on n'a pas toujours su saisir les circonstances qui donnent lieu à ce qu'on appelle trop fréquemment une exception. Les conditions par-

(1) *Nouveau Traité des maladies vénériennes*. Paris, 1861, p. 420.

ticulières et les influences tout à fait étrangères à la syphilis mises de côté, il est possible d'établir que jamais le bubon spécifique ne suppure.

Remarquable par sa ténacité, cet accident survit dans la majorité des cas à la lésion initiale, il persiste des mois ou même des années après la cicatrisation de cette dernière, et il se retrouve lorsque depuis longtemps déjà il n'y a plus trace d'induration chancreuse. Cette circonstance importante n'est pas sans utilité pratique, elle peut mettre sur la voie d'une syphilis constitutionnelle inconnue ou cachée. La résolution est le mode de terminaison ordinaire du bubon spécifique ; mais on ignore si toujours en pareil cas les glandes lymphatiques reprennent leurs fonctions normales.

Au point de vue du *diagnostic*, l'adénite simple inflammatoire ne pouvant, à cause de son caractère d'acuïté, être confondue avec le bubon syphilitique, les altérations ganglionnaires strumeuses ou cancéreuses sont seules susceptibles de prêter à l'erreur et de donner le change. Si l'adénopathie cancéreuse secondaire n'offre aucune difficulté sérieuse de diagnostic, il n'en est pas de même du cancer primitivement développé au sein des ganglions ; toutefois c'est là une affection rare qui se distingue, du reste, par sa marche progressive, par le changement de consistance, les douleurs dont elle est le siége, et, à une certaine période, par un état violacé particulier, sinon par l'ulcération de la peau qui la recouvre, l'apparition et les progrès de la cachexie cancéreuse. Les lésions ganglionnaires de la scrofule s'observent principalement chez les individus doués d'un tempérament lymphatique; elles ont pour siége de prédilection les glandes lymphatiques des régions cervicale et sous-maxillaire, rarement les ganglions inguinaux; elles forment des masses plus ou moins considérables, constituées par une agglomération de ganglions volumineux, d'une consistance ordinairement molle, avec tendance à une suppuration froide, de longue durée, généralement suivie de trajets fistuleux plus ou moins étendus. Le bubon spécifique est par lui-même sans gravité; cependant il ne faut pas oublier qu'il est l'indice certain d'une infection syphilitique.

B. *Lymphangites.* — Les vaisseaux lymphatiques qui servent de trait d'union entre l'accident initial et les bubons ne sont pas toujours exempts d'un certain degré d'altération. Ils peuvent présenter les diverses modifications qui se rattachent aux ganglions eux-

mêmes, et ainsi il y a lieu d'admettre 1° une lymphangite simple ; 2° une lymphangite virulente ; 3° une lymphangite syphilitique.

La lymphangite syphilitique seulement mérite de nous arrêter. Bien connue depuis les travaux de Sœmmering, de Vacca Berlinghieri, de Ricord et de Bassereau, elle est caractérisée par la présence de petits cordons durs, indolents, élastiques, noueux, renflés sur quelques points de leur étendue, suivant la direction des vaisseaux lymphatiques, et mobiles sous le tégument qui reste sain à leur niveau. Ces cordons, ainsi que Bassereau a pu s'en assurer dans un cas, sont formés par les parois mêmes des vaisseaux lymphatiques, épaissies et indurées par une inflammation adhésive, analogue en tout point à celle que ne manquent jamais de présenter les ganglions correspondants. C'est donc avec raison qu'on peut donner à cette altération le nom de lymphangite spécifique. Sa marche d'ailleurs est lente ; sa durée est de plusieurs mois ; la résolution est sa terminaison habituelle ; elle ne suppure jamais, à moins de complication de l'accident initial.

État général de l'économie dans le cours de l'accident primitif. — Les lésions locales ci-dessus étudiées ne sont pas toujours les seuls désordres qu'imprime à l'organisme l'agent morbide syphilitique. Si, bien des fois, il est vrai, les individus contaminés ne manifestent aucun trouble général, il est des cas cependant où ces malades éprouvent du malaise, de la fatigue, de la courbature, une faiblesse inaccoutumée, des douleurs vagues, des palpitations, une décoloration marquée des téguments, un sentiment d'inquiétude et de tristesse. Ils offrent même parfois, à l'oreille de l'observateur, l'existence d'un bruit de souffle carotidien et tous les symptômes de la chloro-anémie, y compris la modification du liquide sanguin. Les recherches pleines d'intérêt de Ricord et Grassi ont fourni sur ce point des données importantes (1). De ces recherches il résulte que dans la période du chancre induré, qu'il y ait ou non syphilide concomitante, le sang subit une altération qui se traduit par une diminution dans la quantité des globules et une augmentation dans la proportion de l'albumine. Au lieu de $\frac{140}{1000}$ qui, d'après Becquerel et Rodier, serait la proportion moyenne des globules sanguins chez l'homme, Grassi a constaté dans la période du chancre induré une diminution telle, que cette proportion n'était plus, dans certains cas,

(1) Voyez *Leçons sur le chancre*, rédigées par Alf. Fournier, p. 184, 2e édit.

que de $\frac{48 \text{ à } 60}{1000}$. Il était intéressant de savoir ce que devenait le sang des malades affectés de chancres simples; or, l'analyse du liquide sanguin dans cette condition a démontré ce fait important, que ce liquide ne subit aucun changement appréciable. Par conséquent, avec le chancre simple, le sang reste pur; avec le chancre induré, il est plus ou moins profondément vicié. Mais à quoi tiennent ces différences, comment les interpréter dans l'état actuel des connaissances physiologico-pathologiques? Cette question, difficile à résoudre, est cependant abordable; la traiter ici, serait nous exposer à des redites, et nous préférons la renvoyer au chapitre où nous nous occuperons de l'étude des altérations des glandes vasculaires sanguines.

§ 3. — Diagnostic et pronostic de la syphilis à la période d'éruption locale.

Diagnostic. — Étant connues les diverses altérations précédemment décrites, nous devons essayer de poser dès maintenant les bases du diagnostic de la syphilis. A cette période et malgré les données que nous possédons, ce diagnostic, ne craignons pas de l'avouer, met souvent en échec le jugement des praticiens les plus consommés. Faut-il s'en étonner? nullement. Faut-il s'en plaindre? pas absolument; car, dans la majorité des cas, il ne fournit aucune indication thérapeutique immédiate.

Deux signes sont ici d'une importance majeure et sans la réunion desquels il ne peut y avoir de certitude, ces signes sont l'*induration* de l'accident local et l'*adénopathie polyganglionnaire.* La valeur de ces signes n'avait pas échappé aux premiers syphilographes, puisque Louis Lobera écrivait déjà : « Il paraît quelquefois sur la verge des ulcères durs et calleux; c'est là un signe certain du mal français, surtout lorsqu'il se manifeste dans l'aine un apostème qu'on nomme bubon. » Mais en l'absence de l'un ou l'autre de ces signes, est-on autorisé à repousser l'existence d'une infection syphilitique? En aucune façon. Les chancres de l'anus, ceux de la partie moyenne du gland, les chancres de l'orifice vulvo-vaginal, ne s'indurent que peu ou pas, au dire de quelques auteurs, et cependant ils sont souvent infectants. Si donc, malgré le défaut d'induration de la lésion locale, on constate la présence d'une pléiade ganglionnaire dure, élastique, chondroïde, dans la région lymphatique correspondante à cette lésion, l'existence de la

philis est encore très-probable ; on peut même dire qu'elle n'est pas douteuse, lorsqu'une ulcération légère, superficielle, ne donnant lieu qu'à un suintement séreux, est depuis longtemps persistante. Si, au contraire, l'adénopathie fait défaut, il y a de grandes probabilités en faveur d'un chancre mou et d'une fausse syphilis, surtout quand l'ulcération gagne en profondeur plutôt qu'en étendue. Les probabilités se changent pour ainsi dire en certitude lorsque survient une adénite mono-ganglionnaire, rouge et suppurative.

Il est des conditions particulières toutefois, qu'il importe de bien connaître. S'il s'agit d'un ulcère à son début et sans retentissement ganglionnaire, évidemment il convient de suspendre son jugement, et souvent on ne tarde pas à voir apparaître l'adénopathie spécifique. Il faut d'autre part savoir se prémunir contre l'erreur à laquelle peut donner lieu la simple induration. Ce phénomène n'est quelquefois, en effet, que la complication phlegmasique d'un chancre simple, par suite de l'application de substances étrangères caustiques ou astringentes sur la surface de ce chancre. La plaie une fois débarrassée de ces substances, la tuméfaction inflammatoire ne tarde pas à disparaître, et le diagnostic, à un certain moment, cesse d'être douteux. Néanmoins il est des cas où, malgré l'exploration la plus délicate, on doit nécessairement hésiter à se prononcer ; le mieux alors est de savoir attendre avant d'agir. L'apparition des symptômes généraux viendra bientôt dissiper les doutes et indiquer la conduite à tenir.

Plusieurs affections peuvent simuler l'accident primitif de la syphilis. Les ouvriers qui emploient l'arsénite de cuivre sont exposés à voir se développer sur la verge des ulcérations assez analogues à celles du chancre induré (1) ; mais des ulcérations semblables sont disséminées sur d'autres parties du corps ; à leur centre, on peut apercevoir une matière verdâtre caractéristique, et il n'y a pas de retentissement ganglionnaire indolent. Les tumeurs gommeuses de petit volume, isolées et ulcérées, simulent également bien le chancre syphilitique ; l'absence, en pareil cas, de l'adénopathie spécifique, l'évolution particulière du produit gommeux empêcheront la confusion.

L'herpès ne prêtera pas davantage à l'erreur. La multiplicité des vésicules, leur groupement, la coloration rosée des ulcérations qui leur succèdent, l'absence d'induration, de retentissement ganglionnaire

(1) Voy. Follin, *Note sur l'éruption papulo-ulcéreuse qu'on observe chez les ouvriers maniant le vert de Schweinfurt*, dans *Archives de médecine*, décembre 1857.

indolent, la promptitude de la réparation, sont autant de circonstances qui serviront à différencier cette affection de l'érosion chancriforme, qui est l'accident avec lequel elle a le plus d'analogie. Ces mêmes caractères, l'induration exceptée, permettront de ne pas confondre le chancre avec les furoncles des grandes lèvres.

Il peut arriver cependant de rencontrer en dehors de la syphilis une ulcération isolée, avec induration de la base et un ou plusieurs ganglions fermes et mobiles au niveau de la région lymphatique correspondante. Dans ces circonstances, on reconnaîtra qu'il ne s'agit plus de l'accident primitif de la vérole, mais d'un épithélioma, en tenant compte de la marche de la lésion locale, toujours plus lente dans le cancroïde, où d'ailleurs n'apparaissent jamais de phénomènes secondaires comme dans le chancre qui dure longtemps. L'intervention du microscope pourrait du reste avoir ici quelque utilité.

Mais il ne suffit pas de reconnaître la syphilis de ce qui peut la simuler; il est encore du plus grand intérêt de savoir distinguer la vraie syphilis de la fausse, l'accident initial constitutionnel de l'accident purement local; sous ce rapport, le tableau suivant, qui résume les caractères propres à l'un et à l'autre de ces deux états morbides, sera consulté avec utilité :

SYPHILIS VRAIE (ACCIDENT PRIMITIF).	SYPHILIS FAUSSE (CHANCRE MOU).
Incubation d'une durée moyenne de 27 jours.	Incubation nulle.
Accident ordinairement solitaire, unique, irréinoculable au porteur.	Affection le plus souvent multiple, indéfiniment réinoculable à l'individu qui en est affecté.
Consistant en une papule plus ou moins volumineuse, qui s'érode ou s'ulcère, mais ne forme jamais qu'une ulcération superficielle sans décollement des bords et sans suppuration, si ce n'est dans la période de cicatrisation.	Se montrant sous forme d'une vésico-pustule qui se termine par une ulcération profonde à bords décollés, taillés à pic, et fournit une sécrétion purulente abondante.
Pour ainsi dire toujours accompagné d'adénopathies fermes, indolentes, multiples, non suppuratives.	Accompagnée dans quelques cas seulement d'une adénite qui produit un pus inoculable.
Susceptible d'être influencé par des agents particuliers, tels que le protoiodure de mercure et l'iodure de potassium.	Échappant complétement au pouvoir des médicaments altérants, si elle n'est aggravée par leur emploi.

Pronostic. — Inutile d'insister sur les différents motifs qui témoignent que le pronostic de la fausse syphilis, affection toute locale, est beaucoup moins grave que celui de la vraie syphilis, maladie générale par excellence. Mais la vraie syphilis étant reconnue, quelle indication pronostique peut-on tirer des formes variées de la première manifestation de cette maladie ?

Indice infaillible d'une infection générale, l'accident primitif peut-il, d'après ses caractères objectifs, faire connaître le degré de gravité que présentera plus tard la syphilis qu'il révèle ? En d'autres termes, y a-t-il un rapport constant entre la forme de cet accident et la gravité des manifestations consécutives?

Agitée tout d'abord par Carmichaël et Rinecker, cette question a été, de la part de Bassereau, l'objet de recherches intéressantes qui lui ont permis de formuler sous forme de loi la proposition suivante : « Après les chancres indurés bénins surviennent les éruptions bénignes et les affections des divers tissus sans tendance à la suppuration. Après les chancres indurés phagédéniques surviennent les syphilides pustuleuses graves, les affections ulcéreuses de la peau plus tardives, les exostoses suppurées, les nécroses et les caries. » (P. 443.) Diday, faisant appel aux relevés statistiques de Bassereau d'une part, et d'autre part à sa pratique personnelle, conclut qu'un vrai chancre correspond à une vérole forte, et qu'avec l'érosion chancriforme on doit s'attendre à une vérole faible. Bazin signale la fréquence du chancre phagédénique dans la syphilis maligne, et l'un de ses élèves, Dubuc, fait remarquer que sur neuf cas de syphilide précoce maligne, quatre fois le phénomène initial a été un chancre phagédénique. Il cite, en outre, deux cas observés par Verneuil, dans lesquels ce même accident avait encore marqué le début. Langlebert considère le chancre comme la pierre de touche de la constitution. Il pense que de l'action exercée par cette détermination morbide sur les tissus il est facile de prévoir la marche des accidents consécutifs, soit prochains, soit éloignés, qui pourront se manifester. « La bénignité du chancre annoncera, dit-il, des symptômes constitutionnels peu graves ; sa malignité permettra, au contraire, de prévenir des symptômes consécutifs d'une plus grande gravité. »

Partant de ce fait qui, à notre avis, demanderait des preuves nouvelles, ce même auteur incline à croire que l'intensité de la syphilis est proportionnelle à la qualité du virus inoculé, et il ajoute : « S'il en

était ainsi, peut-être trouverait-on alors dans cette eorrélation un élément pour la solution du grand problème de la vaeeination syphilitique. En effet, que certaines formes légères de la syphilis soient sous la dépendanee exelusive du virus qui les produit, je soupçonne qu'une voie nouvelle serait ouverte, qui peut-être eonduirait au but que nous signalons. Les reeherches réeentes de M. Depaul sur la nature du prétendu virus vaecin, qui n'est autre que le virus variolique lui-même affaibli ou modifié, viennent jusqu'à un eertain point légitimer ees espérances. »

A cet égard, je me permettrai une simple observation : à l'époque où l'on inoculait la variole, je ne sache pas qu'on ait rien observé qui pût donner quelque appui à ces vues ingénieuses. Mais, quoi qu'il en soit, une voie nouvelle de reeherches est ouverte, qui ne peut manquer de fournir des résultats importants. Toutefois, ce n'est pas, suivant nous, la modalité propre à l'aecident primitif qui rend la syphilis plus ou moins grave; cet aecident est subordonné à la constitution générale du sujet, aussi bien que les manifestations ultérieures. Et ainsi, de toutes ces observations, un seul fait resterait acquis, à savoir : que la lésion initiale de la syphilis indique déjà la mesure de la susceptibilité de l'organisme à l'action du virus syphilitique.

CHAPITRE III

PÉRIODE D'ÉRUPTION GÉNÉRALE, DITE DES ACCIDENTS SECONDAIRES.

Caractères communs des accidents de cette période. — Au lieu de se dessiner par une simple lésion loeale, la syphilis, à partir de ee moment, eommence à montrer dans ses manifestations de la tendance à la généralisation et à la multiplicité des formes morbides, ce qui lui a valu à juste titre la dénomination de protée, que lui donna Fallope, l'un des premiers. Après une période de temps qui n'a rien de fixe, de 40 à 50 jours après l'apparition du chanere, par conséquent 60 ou 70 jours après l'insertion du virus syphilitique, 67 jours après le début de l'accident primitif, suivant un relevé de 95 cas fait par Leudet (1), parfois aussi au bout de plusieurs mois, se mon-

(1) *Gazette médicale de Paris*, p. 369, 1849.

trent des accidents nouveaux qui, tant par l'époque de leur apparition que par l'ensemble de leurs caractères, constituent à bon droit une phase distincte dans l'évolution de la syphilis. Ces accidents, qui intéressent surtout les parties les plus superficielles de la peau et des muqueuses voisines des orifices naturels, justifient à notre sens la dénomination ci-dessus adoptée ; ce serait un tort pourtant de ne pas admettre que cette période est encore marquée par des lésions plus profondément situées et dont les os, l'œil, certains nerfs, le foie peut-être, sont les principaux centres d'élection. Telle n'était pas, toutefois, l'opinion de Hunter, qui représentait la syphilis comme une maladie s'avançant, dans sa marche progressive, de la périphérie au centre du corps, attaquant d'abord les membranes tégumentaires dans sa première période et finissant par envahir les tissus fibreux et les os dans la seconde ; mais la loi formulée par cet auteur nous paraît, comme à Bassereau et à Follin, devoir être modifiée pour être exacte.

Les accidents en question se rencontrent partout avec des caractères très-analogues, sinon identiques, fort différents, dans tous les cas, de ceux qui appartiennent aux manifestations de la période subséquente. L'altération anatomique propre à ces modifications présente, en effet, un cachet tout spécial ; toujours limitée aux couches les plus superficielles, à l'écorce, si je puis dire ainsi, des parties intéressées, elle consiste surtout en une hyperhémie à marche chronique, accompagnée parfois d'une exsudation séreuse ou purulente, mais jamais de ces productions de substance conjonctive connues sous la dénomination de *gommes*. Par sa nature comme par son siége, cette altération ne laisse aucune trace de son passage ; elle n'est jamais, comme les lésions qui lui succèdent, suivie de cicatrices ou de destructions organiques, et souvent elle existe avec des adénopathies superficielles, dures, élastiques, chondroïdes. Un caractère non moins important de ces accidents, c'est leur *généralisation*. Toujours, en effet, ils occupent plusieurs points du corps à la fois ; non-seulement ils sont disséminés à la surface de la peau ou des muqueuses, mais souvent aussi ils envahissent simultanément plusieurs organes : les muscles, les os, les globes oculaires, les articulations, etc. Dans ces dernières parties, la lésion anatomique paraît présenter encore les caractères propres aux déterminations morbides des téguments externe et interne. Ainsi, aux articulations, tandis que plus tard

elle revêtira les caractères de la tumeur blanche et restera localisée le plus souvent à un seul genou, on la voit dès maintenant attaquer plusieurs articulations à la fois et simuler à s'y méprendre le rhumatisme articulaire aigu. L'apparition par poussées successives, les récidives, appartiennent également à ces diverses manifestations, qui ont encore pour symptôme commun d'être généralement précédées ou accompagnées de phénomènes fébriles.

Ces accidents se distinguent en outre, ceux-là du moins qui fournissent un produit de sécrétion, par l'inoculation possible de ce produit. Le sang, d'ailleurs, paraît pouvoir être inoculé pendant tout le cours de cette période, où la transmission héréditaire est encore à sa plus haute puissance. Outre ces qualités particulières, le liquide sanguin est le siége de modifications plus ou moins profondes, mais peu différentes de celles que nous avons déjà signalées à propos de la période d'éruption locale ; car, à dire vrai, ce n'est guère qu'à l'époque de l'apparition des manifestations dont il s'agit que survient la diminution des globules rouges, et l'augmentation de la proportion d'albumine ; c'est à ce moment aussi qu'il est parfois possible de constater une proportion plus grande de leucocytes ou globules blancs (leucocytose).

Il nous serait possible, sans doute, de pousser plus loin ces considérations et de mieux faire saisir les analogies des lésions de la peau et des viscères dans cette nouvelle phase ; mais nous en avons dit assez pour montrer que la syphilis, à cette période, ne borne pas uniquement son action aux membranes tégumentaires, comme semblent le supposer la plupart des auteurs ; et puisque cette maladie dissémine ses effets dans différents organes, et qu'elle est souvent précédée de symptômes fébriles, il résulte que nous en avons à passer successivement en revue :

Les symptômes prodromiques ou fièvre syphilitique ;

Les éruptions de la peau et des muqueuses ; syphilides exanthématiques et énanthématiques ;

Les altérations ordinairement concomitantes de certains organes ; affections viscérales secondaires.

SYMPTÔMES PRODROMIQUES. — CHLOROSE SYPHILITIQUE. — FIÈVRE D'INVASION. — FIÈVRE SYPHILITIQUE.

Ces symptômes n'avaient pas échappé à la sagacité des premiers

narrateurs de la syphilis, qui déjà les considéraient comme des signes certains de l'infection générale de l'économie : « Signa labis conceptæ » (Fracastor).

Villalobos (1), qui, avant Fracastor, a écrit un poëme dont l'élégance le dispute à celui de ce dernier, résume comme il suit les signes qui annoncent les approches du mal : « Une petite plaie au membre viril, de mauvais aspect, à bords indurés, indolente ; maux de tête, visage livide, pesanteur des épaules, insomnie, rêvasseries, yeux cernés, lèvres sèches, inertie des membres, fatigue générale, nonchalance et trouble de la vision ; après l'invasion des pustules, douleurs articulaires multiples..... »

Ambroise Paré nous a donné de ces signes un tableau trop fidèle pour n'être pas rapporté ici : « Lorsque, dit-il, la vérole est récente, il apparoist ulcère à la verge, ou à la vulve, tumeurs aux aines, chaude-pisse, jettant quelquefois sanie puante et fort fétide, laquelle provient des parastates, ou des ulcères qui sont au conduit de la verge ; *ils ont aussi douleurs aux joinctures, teste, espaules et autres parties, avec une lassitude des bras et jambes, de façon que les malades disent qu'il leur semble avoir esté battus de bastons, ne pouvant cheminer, ni porter leurs mains sur la teste, sinon avec grande difficulté.* Il leur survient inflammation à la bouche..... chute de poil (dite alopécie ou pelade) à la teste, aux sourcils et à la barbe, avec amaigrissement de tout le corps et grandes inquiétudes. Il faut ici noter que tous ces signes ne surviennent pas à chacun malade, mais à aucuns d'iceux. Les plus certains sont, quand le malade a quelque ulcère malin aux parties honteuses, *calleux, dur et difficile;* et encore que les ulcères soient consolidés, et qu'il y reste certaine dureté, principalement à la verge, cela dénonce la vérole à curer, et apparaissent tumeurs aux aines, qui s'en retournent dedans le corps sans suppurer » (livre XIX, chap. IV).

A une époque beaucoup plus rapprochée de nous, Swediaur cherche à distinguer ces symptômes de ceux qui leur succèdent, il s'exprime de la façon suivante : « Avant que le virus syphilitique existant dans le système du corps produise des éruptions à la peau ou autres effets visibles dans le corps, les malades tombent souvent dans des

(1) *Sumario de la medicina*, etc. Salamanque, 1498. — Voy. Guardia, *La médecine à travers les siècles*. Paris, 1865, p. 218 et suiv.

abattements et des langueurs extraordinaires ; quelquefois ils sentent dans toutes les parties du corps des douleurs erratiques, et dans les os cylindriques des douleurs et des élancements de dehors en dedans; fréquemment, il se manifeste une douleur dans le péritoine, comme si la tête était fortement comprimée. Quand les douleurs ne deviennent pas très-violentes pendant la nuit, elles causent simplement de l'agitation et de l'inquiétude ; elles paraissent fort différentes de ces douleurs perçantes qui attaquent les os cylindriques dans la maladie syphilitique confirmée, et qui causent l'épaississement et le gonflement du périoste, ou une véritable exostose qui est fréquemment suivie de la carie. Les premières sont des espèces de douleurs vagues, bornées au périoste et aux surfaces musculaires, aponévrotiques ou ligamenteuses, et elles sont quelquefois si légères, qu'elles excitent à peine des plaintes; mais, lors même qu'elles sont plus fortes, elles sont évidemment plus supportables que ces dernières. Outre ces symptômes les malades éprouvent souvent de la faiblesse et de la lassitude, non-seulement pendant le jour, lorsqu'ils sont debout, mais plus spécialement encore le matin, lorsqu'ils se lèvent. Le sommeil ni le lit ne leur procurent aucun repos, aucun rafraîchissement. Ils sont attaqués d'une fièvre de l'espèce lente, avec un pouls faible et accéléré, les yeux enfoncés, le cercle de l'orbite livide ; ils ont les épaules et les côtés douloureux ; la physionomie montre une constitution harassée et minée; en un mot, le malade maigrit et dépérit sensiblement (1). »

Ainsi connue des auteurs des siècles derniers, la fièvre d'invasion, décrite par Hecker et Morelli, n'a peut-être pas, depuis lors, toujours été l'objet de l'attention qu'elle mérite. Toutefois, Ricord, Bassereau, Gibert, Bazin, Hardy n'ont pas négligé d'en parler. Le laps de temps qui s'écoule entre l'apparition de cet ensemble phénoménal et le début de l'éruption est ordinairement de huit à dix jours, mais il peut varier entre quelques jours et deux ou trois semaines. Dans les cas de syphilis inoculée, les phénomènes prodromiques se sont montrés du soixante-cinquième au cent cinquantième jour après l'insertion du virus syphilitique (Observ. de Wallace, Waller, Rinecker), et tout porte à croire qu'il n'y a à cet égard aucune différence notable relativement à la syphilis contractée. Sur 199 cas d'érythème observés par Bassereau, ces symptômes existaient

(1) *Traité des malad. vénér.*, t. II, p. 101. Paris 1801.

143 fois et se sont montrés, autant qu'il fut possible de s'en assurer, du trentième au quatre-vingt-dixième jour qui suivit le contact impur. Dans 60 cas où des renseignements précis ont pu être obtenus, Mac-Carthy a constaté 40 fois des prodromes très-marqués, 21 fois de la céphalée nocturne seule, 11 fois de la céphalée et des douleurs rhumatoïdes périarticulaires, 8 fois des douleurs seules. Ces troubles, qui d'ordinaire précèdent les premières manifestations cutanées, disparaissent en général lors de leur apparition, mais quelquefois ils persistent ou même surviennent après l'éruption syphilitique, et cela en dépit du traitement mercuriel. Ils appartiennent uniquement aux accidents de la période qui nous occupe, et, s'ils accompagnent plus souvent la syphilide érythémateuse, c'est peut-être uniquement parce qu'elle est de toutes la plus fréquente. Il est rare qu'ils fassent tous entièrement défaut et qu'ils ne varient quelque peu avec les aptitudes individuelles.

Les voici tels qu'on les observe dans la majorité des cas : les traits s'altèrent, la face devient pâle, les yeux se cernent, la physionomie s'assombrit; le malade est triste, morose, taciturne, il maigrit; en même temps, il éprouve une courbature et un malaise qui lui enlèvent toute aptitude au travail, une fatigue et une faiblesse telles que la marche est difficile et que les jambes fléchissent sous le poids du corps.

Une céphalalgie intense se fait sentir aussi bien la nuit que le jour ; elle est générale ou partielle, et parfois limitée à une des régions frontale ou temporale, comme dans l'une de nos observations, où le malade se plaignait de coups de canif. Elle présente des paroxysmes et peut même revêtir le caractère d'une névralgie périodique ; elle est souvent accompagnée d'étourdissements, de vertiges et d'éblouissements, phénomènes parfois indépendants et surtout provoqués par les mouvements de la tête sur le tronc.

D'autres douleurs existent encore qui ne tourmentent pas moins le malade ; elles sont connues sous le nom de douleurs *rhumatoïdes*. Déjà fort bien étudiées par P. Bayr (1), ces douleurs, si nettement caractérisées par A. Paré, occupent les différentes parties du système fibro-osseux. La nuque, le dos, les lombes, les parois costales, les grandes articulations (épaules, coudes, genoux) sont les régions

(1) *De doloribus musculorum ex morbo gallico genitis*, in *Aphrodisiaco*, p. 849.

où elles siégent le plus ordinairement. Le sternum, ainsi que l'a noté Baglivi, et la continuité des membres en sont souvent atteints; mais, dans tous les cas, ce sont des douleurs diffuses plutôt que circonscrites, sourdes ou lancinantes, et qui, se faisant sentir surtout dans la nuit, se calment en général vers le matin. Soumises à une sorte d'intermittence, ces douleurs manifestent vers le soir des paroxysmes qu'exaspère encore la chaleur du lit; mais un de leurs principaux caractères, c'est la mobilité, car elles disparaissent le plus souvent pour reparaître ensuite dans un autre point du corps. Plus fixes dans certains cas, elles revêtent le caractère du lumbago, moins fréquemment celui de la pleurodynie. Au lieu de les augmenter, la pression les soulage quelquefois. Au sternum, il est souvent possible de les provoquer à l'aide de la pulpe des doigts, si elles ne sont spontanées; pour ces motifs et à cause de leur siége spécial vers le tiers inférieur ou au niveau du tiers supérieur de l'os, rarement ou jamais dans le tiers moyen, on leur a accordé, avec une certaine apparence de raison, une grande valeur diagnostique (1). Par suite de ces souffrances, les mouvements sont gênés et alors surviennent des troubles fonctionnels. C'est ainsi que les articulations sont raides, rigides, lourdes, engourdies, au point que l'extension et la flexion complète peuvent en être impossibles.

Il y a en même temps de l'insomnie, parfois de la prostration, ou même un léger désordre des principaux sens. Les fonctions digestives sont troublées, il existe de l'inappétence, de l'amertume de la bouche, des nausées, de la diarrhée, en un mot, la plupart des symptômes de l'embarras gastrique. Bassereau a noté, au contraire, dans quelques cas, une exagération de l'appétit, des besoins très-fréquents de manger, et cela à partir de quelques semaines après la contagion; les urines sont modifiées, parfois rougeâtres et fébriles.

La respiration, plus courte, s'accélère pendant la marche; la circulation est en général troublée. Les malades éprouvent des palpitations; ils ont quelquefois des épistaxis et de l'œdème des membres inférieurs; un bruit de souffle doux, anémique, se fait entendre au cœur et dans les gros vaisseaux; on observe, en un mot, les signes de la chloroanémie; et, en effet, les analyses de Grassi ont montré que ces symptômes coïncident avec une diminution dans la quantité

(1) Brodrick, *Madras med. Journ.*, et *Dublin med. Press*, 4 nov. 1863.

des globules, laquelle commencerait à se produire, ainsi que nous le savons, dès l'apparition du chancre induré, avant même toute manifestation syphilitique secondaire.

De véritables accès de fièvre s'ajoutent fréquemment à ces symptômes ; caractérisés par une chaleur suivie de sueurs plus ou moins copieuses, ces accès reviennent ordinairement vers le soir ou pendant la nuit et, dans quelques cas, ils simulent à s'y méprendre une fièvre intermittente quotidienne, tierce ou double tierce. Cardan, Baillou, J. Frank, Werlhof, ont même rapporté des faits de fièvre intermittente syphilitique (1). D'autres fois, la fièvre est continue avec paroxysme, et, pour peu qu'il y ait de la céphalalgie, du lumbago, des nausées, de l'hébétude, de la stupeur, des épistaxis, on conçoit qu'elle puisse présenter de l'analogie avec le début d'une variole, d'une fièvre éruptive, ou mieux encore d'une fièvre typhoïde, lorsqu'elle vient à se montrer quelques jours avant l'éruption syphilitique.

La fréquence du pouls n'est pas ordinairement très-considérable ; cependant on compte parfois jusqu'à 110 ou même 120 pulsations. Guntz (2), qui a fait des recherches sur l'état de la température dans la fièvre syphilitique, a le plus ordinairement constaté 30°,4 Réaumur et 29°,9 pendant la rémission du matin. Dans le cours de la maladie et dans les cas les plus violents, cet observateur a vu le thermomètre monter jusqu'à 31° Réaumur le soir et présenter 30°,9 le matin. La température s'est toujours maintenue à ce point pendant plusieurs jours, même pendant plusieurs semaines, avant de revenir à l'état normal. On peut établir à cet égard que plus l'exanthème est hâtif et abondant, plus la fièvre est fréquente, la température élevée et réciproquement.

L'ensemble symptomatique dont il s'agit, est, selon Diday, moins rare et plus durable chez la femme que chez l'homme ; il est suscep-

(1) Quoique plusieurs des faits rapportés à ce sujet puissent être mis en doute, il faut reconnaître cependant que la fièvre syphilitique a, dans quelques cas, une grande analogie avec les fièvres intermittentes. Boyer, p. 113, cite un fait de ce genre.

Comparez : Yvaren, *Métamorphoses de la syphilis*, p. 173 ; Swediaur, *loc. cit.*, p. 299. Un trop malheureux confrère, Hourmann, mort victime d'une infection contractée dans l'accomplissement de son devoir, présenta des accidents généraux qui simulaient fort bien une fièvre intermittente. (Cazenave, *Traité des syphilides*, 1843.)

(2) *Das syphilitische Fieber* (Varge's *Zeitschrift, neue Folge* 11, 3, 123, 1863). Analysé dans Schmidt's *Jahrbücher für gesammten Medizin*, t. 120, p. 195.

tible aussi d'offrir chez la première une intensité extrême. Quoi qu'il en soit, on constate généralement une diminution plus ou moins brusque des symptômes prodromiques au moment où survient la poussée cutanée; celle-ci semblerait concentrer tous les efforts de l'économie; mais souvent, au lieu de disparaître, ces manifestations persistent ou même s'aggravent pendant les deux ou trois premières semaines de l'éruption syphilitique.

Des affections fort diverses peuvent être confondues, soit avec cet appareil prodromique tout entier, soit avec quelques-uns seulement des principaux phénomènes qui s'y rattachent; c'est, comme nous le savons, avant l'éruption, la fièvre intermittente, la fièvre typhoïde, et aussi l'embarras gastrique, certaines céphalées (1) ou même des névralgies; au moment d'apparition de la manifestation cutanée, la plupart des fièvres éruptives. Nous aurons à revenir sur le diagnostic différentiel de ces dernières maladies; quant aux premières, elles ne pourront en imposer, si l'on tient compte des antécédents des malades, des lésions concomitantes, telles que l'ulcération primitive ou la cicatrice qui en est la trace, et des adénopathies ganglionnaires, qui font rarement défaut en pareil cas.

Il est rare, d'ailleurs, que les accès fébriles liés à la syphilis soient aussi violents et aussi réguliers que ceux de la fièvre intermittente, que la température soit aussi élevée que dans la dothinentérie. Dans tous les cas, l'étude attentive de la marche des accidents lèvera promptement les doutes. Il n'y a, à la vérité, de difficulté réelle qu'autant qu'une des maladies précédentes vient compliquer une syphilis approchant de la période secondaire; la seule pierre de touche est alors le traitement. Mais il faut savoir que le mercure n'est plus ici l'agent qui convient. Ce fait, sur lequel Diday a récemment appelé l'attention, nous l'avons nous-même vérifié. Toutefois de ce que le fer et l'iode sont les moyens à mettre en usage pour combattre la fièvre syphilitique, en conclurons-nous, avec Diday, que cet état morbide n'a pas avec la syphilis les mêmes rapports que les lésions constitutionnelles, qu'il est occasionné et non directement causé

(1) Nous ne pouvons résister au désir de signaler l'analogie qui existe entre la céphalalgie liée à certaines altérations profondes des reins et la céphalée du début de la syphilis. Deux cas que nous venons d'observer nous ont convaincu de cette ressemblance et de la difficulté qu'il y aurait à distinguer ces deux états l'un de l'autre, si l'on n'avait pour se guider les antécédents et les symptômes concomitants.

par cette maladie? Pas absolument; car, s'il est permis de rattacher à la débilitation imprimée à l'organisme par le virus syphilitique quelques-uns des troubles généraux dont il s'agit, il en reste un grand nombre que n'expliquent ni la chlorose, ni l'anémie.

Quelle est l'indication pronostique à tirer de tout cet ensemble symptomatique, avant-coureur habituel de la période éruptive de la syphilis? Nous l'ignorons pour l'instant, n'ayant pu suivre nos malades aussi longtemps que nous l'aurions désiré. Il serait important, néanmoins, de savoir si l'intensité des prodromes est en rapport avec la gravité de la maladie. Loin d'être sans importance, la fièvre syphilitique, que Hunter comparait à la fièvre rhumatique, mérite donc une attention toute spéciale, et, pour ce motif, nous en rapportons plusieurs exemples.

Chancre induré, syphilide papuleuse, symptômes d'embarras gastrique, fièvre, vertiges, éblouissements, troubles légers de la vue et de l'ouïe.

Obs. III. — Le nommé V..., terrassier, âgé de 55 ans, entre, le 9 octobre 1860, à l'hôpital de la Pitié, salle Saint-Paul, n° 45. Cet homme, d'une bonne santé habituelle, a contracté, il y a quelques mois, un chancre induré du prépuce, qui, aujourd'hui, est encore reconnaissable à la cicatrice particulière qui lui a succédé. Adénopathie ganglionnaire bi-inguinale, multiple, syphilide papuleuse occupant le tronc, les membres, adénite cervicale, alopécie, plaques muqueuses sur l'amygdale droite, rougeur légère et œdème de l'isthme du gosier; tels sont les divers accidents qu'il nous présente. Flamand d'origine, ce malade s'explique assez difficilement sur ce qu'il éprouve. Il accuse cependant des douleurs au niveau des parties musculaires des parois thoraciques de la région sternale et de la plupart des articulations des membres. Il a la langue sale, légèrement saburrale, du dégoût des aliments et un appétit pour ainsi dire nul. Il se plaint de vertiges, d'étourdissement, de céphalalgie, d'un léger affaiblissement de la vue et de l'ouïe, les yeux sont ternes, la physionomie exprime la tristesse.

Courbature générale et fièvre (85 pulsations). Vers les 3 heures de l'après-midi, la fièvre s'accroît, la peau est manifestement plus chaude et le pouls plus fréquent. La céphalalgie est surtout plus intense, le malade prétend qu'il reçoit sur les côtés de la tête des coups de canif. Les organes sont examinés avec le plus grand soin, et aucun ne paraît affecté. Boissons émollientes.

Les accidents précités persistent, le malade maigrit, paroxysme fébrile chaque jour à peu près vers la même heure. Proto-iodure de mercure. Amélioration progressive, mais lente.

Le malade quitte l'hôpital le 13 novembre, son état est très-notablement amélioré.

Dans ce fait, la fièvre, survenue en même temps que l'éruption, a persisté dans son cours, a été accompagnée de troubles nerveux (étourdissements, vertiges, etc.) et de désordres digestifs qui auraient fort bien pu faire supposer une toute autre maladie que la syphilis.

Ulcérations aux parties génitales, fièvre, roséole, plaques muqueuses et végétations.

Obs. IV. — L... Éléonore, âgée de 18 ans, couturière, entre à l'hôpital de la Charité (service de M. Rayer), le 22 septembre 1858. Bien constituée et d'une bonne santé habituelle, cette jeune personne s'aperçoit, il y a quelques semaines, de la présence d'ulcérations aux parties génitales; bientôt après se manifestent au même lieu des végétations qui, à l'entrée de la malade à l'hôpital, formaient sur chacune des lèvres un relief du volume d'un œuf de pigeon. En outre, depuis deux jours elle éprouve chaque soir un frisson violent qui est suivi de chaleur et d'une sueur légère, elle accuse un malaise général et de la courbature. Le 23, au moment de la visite, nous constatons l'existence des accidents susmentionnés, à part la fièvre, alopécie, adénopathie bi-inguinale multiple indolente, adénopathie cervicale. Plusieurs bains sont d'abord administrés, et la malade est mise à l'usage des pilules de Sédillot (deux et trois par jour). Pendant les jours suivants, surviennent plusieurs accès fébriles. Le 5 octobre, excision des végétations. Le 9, malaise, courbature, douleurs vagues, fréquence du pouls, apparition d'un état fébrile manifeste, on soupçonne l'imminence d'une fièvre éruptive. Deux jours plus tard, une belle éruption rubéolique ne laissant aucun doute sur son origine spécifique couvre une grande partie de la peau du tronc. Le traitement est continué, la fièvre tombe en partie.

Le 19, survient, vers les 6 heures du soir, un frisson violent qui dure plus d'une heure. Insomnie la nuit. Le lendemain, fièvre, mal de gorge, léger gonflement sous-maxillaire. — Le 22, la malade est bien. — Le 23, nouveau frisson vers 1 heure de l'après-midi; le soir, il y a encore de la fièvre, la malade se plaint de douleurs dans le ventre, elle accuse de l'oppression, la langue est blanche, épaisse, sueur vers le matin.

Le 24, à la visite, absence de fièvre, mais douleur et pesanteur de tête, légère somnolence. Le 25, amélioration; le 26, l'éruption étant effacée, la malade demande sa sortie et échappe ainsi à notre observation.

Infection syphilitique, courbature, fièvre, arthropathies.

Obs. V. — B..., journalière, âgée de 30 ans, entrée à l'hôpital de Lourcine, le 24 avril 1860. Cette malade accuse une vaginite antérieure; il y a deux mois qu'elle s'est aperçue de l'existence d'un bouton aux parties génitales.

Lors de son entrée à l'hôpital : adénopathies multiples, éruption syphilitique généralisée, facies altéré, hébété, semi-typhoïde; céphalalgie violente

et insomnie, fatigue, courbature, absence d'appétit; état fébrile plus marqué le soir. Proto-iodure de mercure et opium.

Le 30, même état général, amélioration les jours suivants. — Le 9 mai, disparition de la céphalalgie.

Le 26, douleurs dans les articulations du coude et du poignet droit, léger gonflement et rougeur. Bains, vésicatoire.

Le 11 juin, cette malade sort non complétement guérie. (Martel, obs. inéd.)

Chancre induré de la lèvre droite, fièvre, diarrhée, épistaxis. — Arthrite du poignet droit.

Obs. VI. — E..., couturière, âgée de 29 ans, entrée à l'hôpital de Lourcine, le 24 avril 1860. Un mois environ après l'apparition d'un chancre induré, cette malade éprouve une sensation de courbature et de fatigue générales, son appétit diminue et disparaît; diarrhée, douleurs de tête avec exacerbations nocturnes, mais en même temps état fébrile (84 pulsat.) avec paroxysme le soir.

Quelques jours plus tard, 5 mai, épistaxis qui se répète pendant plusieurs jours; la peau se couvre d'un érythème caractéristique.

Le 21 juillet, douleur plus vive au niveau du poignet droit, léger gonflement accompagné de rougeur.

Un traitement approprié finit par combattre ces diverses manifestations. La malade, toutefois, ne quitta pas l'hôpital avant le mois d'octobre. (Martel, obs. inéd.)

Chancre induré, fièvre, état gastrique, vertiges, éblouissements.

Obs. VII. — G..., marchand de verres, âgé de 51 ans, est un homme robuste et d'une bonne santé habituelle. Il y a environ deux mois, il contracta un chancre qui fut reconnu pour être induré.

Lorsqu'il entre à l'hôpital de la Pitié, le 22 mai 1861, il présente une éruption papuleuse généralisée, et, de plus, un état fébrile qui dure déjà depuis sept à huit jours. La langue est saburrale, l'appétit est nul. Plaques muqueuses multiples à l'anus. Liqueur de Van Swieten.

La fièvre cesse au bout de quelques jours; l'éruption commençait à se modifier, lorsque ce malade fut pris tout à coup de vertiges, d'étourdissements et d'un malaise général qui ne fut pas sans inspirer quelques craintes en faisant songer à la possibilité d'une maladie fébrile sérieuse.

Sept jours plus tard, cet état avait disparu. — L'usage de la liqueur de Van Swieten ne fut pas interrompu.

Le 2 juillet, ce malade quittait l'hôpital, son éruption était en partie effacée.

La fièvre jusqu'ici précède ou accompagne l'éruption, elle en est tout à fait indépendante dans l'observation qui suit :

Boutons aux parties génitales. Troubles digestifs, malaise, courbature, fatigue, fièvre. Chloroanémie, double souffle anémique, syphilide.

Obs. VIII. — L..., domestique, âgée de 20 ans, entrée, le 8 août 1860, à l'hôpital de la Pitié, salle Saint-Charles, lit n° 25, raconte qu'elle s'est aperçue, il y a environ trois mois et demi, de l'existence de boutons aux parties génitales, et d'un engorgement ganglionnaire aux aines et aux aisselles. Depuis lors, elle n'a cessé d'être fatiguée, courbaturée, et d'éprouver des douleurs vagues, erratiques, plus particulièrement fixées toutefois à la tête et au niveau des articulations.

D'une bonne santé habituelle, elle est d'une famille dont tous les membres sont bien portants.

Depuis environ huit jours, cette malade est prise chaque soir, vers les 7 heures, d'un frisson qui est suivi de chaleur et de sueur, et qui, vers 10 heures, disparaît à peu près complétement. Elle éprouve en outre un mal de gorge et tous les symptômes d'une angine.

Le 8 août, rougeur érythémateuse des piliers et du voile du palais, avec tuméfaction ganglionnaire. Adénopathies inguinales multiples, absence d'éruption, plaques muqueuses en voie de réparation, alopécie, fatigue générale, persistance des douleurs. Double souffle vasculaire au cou, état saburral des voies digestives. Intégrité des organes thoraciques. La fièvre continue. Vomitif.

L'accès est moins intense le 13. On commence ce jour-là l'emploi du proto-iodure de mercure. La fièvre cesse bientôt complétement, le malaise disparaît, les fonctions digestives se rétablissent peu à peu.

Le 24 août, se trouvant mieux à tous égards, cette malade demande sa sortie, il lui reste un souffle vasculaire et une pâleur générale.

§ I. — Affections cutanées. La famille des Syphilides. — Division de cette famille en deux grandes classes. — Syphilides superficielles, généralisées ou exanthématiques. — Syphilides profondes, circonscrites ou gommeuses.

Alibert, Description des maladies de la peau observées à l'hôpital Saint Louis, etc. Paris, 1806-1827. — Nosologie naturelle. Paris, 1838. — Willan, Description and treatment of cutaneous diseases; trad. allemande, par G. Freese, Breslau, 1799-1816. — Bateman, Practical Synopsis of cutaneous diseases, etc. Londres, 1819; trad. franç. par Bertrand, Montpellier, 1820. — P. Rayer, Traité théorique et pratique des maladies de la peau, 1re édit. Paris, 1827; 2e édit., 1835. — L.-V. Lagneau, Traité pratique des maladies syphilitiques, 6e édit. Paris, 1828. — Cazenave et Schedel, Abrégé pratique des maladies de la peau, 4e édit. Paris, 1847. — C. H. Fuchs, Die krankhaften Veränderungen der Haut und ihrer Anhänge in nosolog. und therap. Beziehung dargestellt. Göttingen, 1840. — Schulz, Diagnostik der Hautkrankheiten in tabell. Form. nach Hebra's Vorlesungen. Wien, 1845. — Simon, Die Hautkrankheiten durch anatom. Untersuch. erläutert. Berlin,

1851. — DEVERGIE, Traité pratique des maladies de la peau, 2e édit. Paris, 1857. — GIBERT, Traité pratique des maladies de la peau et de la syphilis, t. I et II. Paris, 1860. — CAZENAVE, Annales des maladies de la peau et de la syphilis. Paris, 1844-1852.

ALBERS, Ueber die Erkenntniss und Kur der syphilitischen Krankheiten (Sur le diagnostic et le traitement des syphilides). Bonn, 1832. — HUMBERT, Manuel pratique des maladies de la peau appelées syphilides, d'après les leçons de M. Biett. Paris, 1833. — Philippe BOYER, Traité pratique de la syphilis. Paris, 1836. — E. LUTZ, Ueber Hautsyphilis, inaugur. Abhandl. München, 1836. — MARTINS, Mémoire sur les causes générales des syphilides. Paris, 1838. — BAUMÈS, Précis historique et pratique des maladies vénériennes, 2 vol. in-8°. Paris, 1840. — GIBERT, Mémoire sur les syphilides (*Revue médicale*, avril 1841). — LEGENDRE, Nouvelles recherches sur les syphilides, thèse de Paris, 1841. — DIETERICH, Die Krankheitsfamilie Syphilis. Landshut, 1842. — CAZENAVE, Traité des syphilides. Paris, 1843. — JOLLY, Considérations sur la syphilis et les syphilides (*Revue médicale*, Paris, 1843). — J. DAVASSE et DEVILLE, Études cliniques sur les maladies vénériennes : des plaques muqueuses (*Archives de médec.*, octobre 1845). — BASSEREAU, Traité des affections de la peau symptomatiques de la syphilis. Paris, 1852. — WILSON, On syphilis const. and hered. and on syphil. eruptions. London, 1853. — Thomas HUNT, On syphilitic eruptions, ulcerations and other symptoms. London, 1854. — BAZIN, Leçons théoriques et cliniques sur les syphilides. Paris, 1859. — H. ROTH, Ueber den Herpes der Syphilitischen. Wurzburg. Zeitschrift, II, 5 et 6, p. 376, 1861. — HARDY, Leçons sur les maladies de la peau, Paris, 1860, par Moysant; 2e édit., par Lefeuvre, Paris, 1863. — V. DE MERIC, On syphilitic eruptions. The Lancet, II, 122, nov. 1862. — V. VEIEL, Mittheilungen über die Behandlung der chronischen Hautkrankheiten. Stuttgard, 1862, et Schmidt's Jahrbuch, t. 117, p. 296. — ZEISSL, Die Erkenntniss und Behandlung der Syphiliden. Wien med. Hall, V. 4-6, 1863. Lehrbuch der constitutionnellen Syphilis. Erlangen, 1864. — KLEINHAUS, Ueber Herpes syphiliticus. Berl. Klinisch. Wochenschrift, I, 17, 18. — L. A. DUBUC, Des syphilides malignes précoces, thèse de Paris, 1864.

Désignées sous le nom de pustules par les auteurs des derniers siècles, les affections cutanées d'origine syphilitique étaient déjà connues de Gaspard Torella (1498), qui les classait en pustules sèches et en pustules humides : « Species pudendagræ sunt plures, nam alia est « sicca, alia est humida..... Sicca est triplex, humida etiam est tri- « plex. » A. Benivenius (1), en 1507, admettait cinq variétés de ces mêmes affections. Leonicenus (2) reconnaissait également plusieurs formes qu'il distinguait, en s'appuyant sur les idées humorales de

(1) *De morbo gallico tractatus*, in *Aphrodisiaco*, 399.
(2) *Ibid.*, p. 38. *Liber de Epidemiâ*, etc. Venetiis, 1497.

l'époque, en bilieuses, mélancoliques, etc. Haffenreffer (1) rangeait sous quatre chefs les accidents de la syphilis. Sa division toutefois diffère peu de celle de Torella ; la voici : 1° la pelade et l'onglade ; 2° les taches et les boutons secs ; 3° les boutons humides, les croûtes et les ulcères ; 4° les affections plus profondes. Plenck (2), en 1783, fit connaître une division qui comprenait dix espèces syphilitiques ; Cullerier et Bard (3) (1820) divisèrent les pustules vénériennes en onze classes : ortiées, miliaires, galeuses, lenticulaires, merisées, muqueuses, séreuses, squameuses, croûteuses, ulcérées, végétatives. Lagneau conserva le mot pustules pour désigner les éruptions cutanées syphilitiques, dont il reconnaissait douze espèces. Ces éruptions ont été ainsi l'objet de divisions et de subdivisions nombreuses dans lesquelles on faisait rentrer trop souvent peut-être des affections qui n'avaient rien de spécifique.

Au commencement de ce siècle, Alibert (4) créa le nom de syphilide dans le but de réunir en un seul faisceau toutes les manifestations cutanées de la syphilis ; il constitua, de cette sorte, une famille des plus naturelles au point de vue de la nosographie dermique, mais non dans une description générale de la syphilis. Sous cette dénomination sont comprises, en effet, des affections différentes et par la lésion qui les produit et par l'époque de leur apparition dans le cours de la maladie.

La classification d'Alibert prévalut toutefois, mais elle se ressentait de la confusion qui régnait dans les divisions de ses prédécesseurs ; il appartenait à Biett d'apporter la méthode et la clarté dans le groupe des affections cutanées syphilitiques. Appliquant à la classification de ces affections les principes de la nomenclature de Willan, Biett admit six ordres de syphilides : exanthématiques, vésiculeuses, pustuleuses, papuleuses, squameuses, tuberculeuses.

Les nombreux élèves de Biett, en développant ses idées fécondes, donnèrent au diagnostic des syphilides une précision vraiment remarquable. Grâce aux travaux de Cazenave, Rayer, Gibert, Legendre, Martins, Bassereau, Devergie et Hardy, le groupe des syphilides est

(1) Πανδοχεῖον αἰολόδερμον, *in quo cutis*, etc. Tubingue, 1630, in-8°. Ulm, 1660, in-8°.

(2) *Doctrina de morbis cutaneis, quâ hi in suas classes, genera et species rediguntur*. Vienne, 1783, in-8°.

(3) *Dictionnaire des sciences médic.*, t. XLVI, p. 271.

(4) *Nosologie naturelle*, Paris, 1838.

aujourd'hui bien connu. Fidèles aux préceptes du maître, ces auteurs n'ont apporté aucun changement essentiel dans la division des syphilides. Bassereau, cependant, a ajouté aux six ordres de Biett deux divisions nouvelles, qui sont : la syphilide papuleuse humide et la syphilide bulleuse; Hardy décrit, de plus, une syphilide pigmentaire.

La méthode de Biett, en somme, nous a donné une connaissance exacte des lésions élémentaires cutanées d'origine syphilitique ; un seul reproche peut lui être adressé, qui est d'avoir rapproché des manifestations appartenant à des phases différentes de l'évolution de la syphilis. Ricord insista d'abord sur l'importance qu'il y aurait à tenir compte de cette évolution dans la classification des éruptions syphilitiques, et Bazin (1), plus tard, sans s'éloigner de la méthode de Biett, proposa une division basée tout à la fois sur la marche de la maladie et sur la nature de la lésion élémentaire.

Il existe pour ce médecin deux grandes classes de syphilides, les unes résolutives, les autres ulcéreuses.

Les syphilides résolutives sont exanthématiques ou circonscrites Les syphilides résolutives exanthématiques sont : érythémateuses, papuleuses, pustuleuses, vésiculeuses. Les syphilides résolutives circonscrites sont : tuberculeuses, pustulo-crustacées et papulo-vésiculeuses.

Quant aux syphilides ulcéreuses, elles se divisent en syphilides puro-vésiculeuses, tuberculo-ulcéreuses et gommeuses.

Ce changement apporté à la classification de Biett réalise un véritable progrès dans l'histoire des syphilides. Il éloigne et sépare des affections différentes, non pas quant à leur origine, mais quant à leur constitution anatomique et à leur signification pathologique. Un seul reproche peut lui être adressé, la classification qui en ressort est un peu compliquée. Nous ne saisissons pas bien, du reste, l'utilité de la division principale. Les syphilides circonscrites, qui constituent la deuxième section de la classe des syphilides résolutives, ont beaucoup moins d'analogie avec les syphilides exanthématiques dont elles sont rapprochées, qu'avec les syphilides ulcéreuses, puisque, comme ces dernières, elles possèdent le triple caractère d'apparaître tardivement, de se montrer par petits groupes et de présenter des lésions profondes. Ces caractères, nous les croyons suffisants pour être autorisé à ranger parmi les affections de la dernière période de la syphilis le groupe tout particulier des syphilides circonscrites non ulcéreuses ;

(1) *Leçons sur les syphilides.* Paris, 1859.

car la peau, de même que les autres organes, peut être différemment influencée par la syphilis, et les altérations qu'elle présente, bien qu'identiques, peuvent avoir des terminaisons diverses. L'ulcération n'est pas du reste un caractère fondamental, et personne, que je sache, n'a l'idée de diviser en deux catégories les gommes sous-cutanées, par ce seul fait que les unes se terminent par résolution, tandis que les autres amènent la destruction et l'ulcération du tégument externe.

En conséquence de ces considérations, nous pensons que les affections syphilitiques de la peau, les unes hâtives, superficielles et disséminées, les autres tardives, profondes et circonscrites, se divisent naturellement en deux grandes classes :

Les syphilides précoces ou exanthématiques (accidents secondaires);

Les syphilides tardives ou circonscrites (accidents tertiaires).

Nous allons dès à présent étudier les affections qui rentrent dans le premier groupe; plus tard nous ferons connaître celles qui se rattachent au second.

Les *syphilides exanthématiques* ont pour caractères de se disséminer à la surface de la membrane tégumentaire externe, d'apparaître par poussées successives, d'être polymorphes, d'exister quelquefois simultanément et de coexister avec des adénopathies sous-cutanées, multiples et indolentes. De plus, elles sécrètent, pour la plupart, des produits inoculables à des individus vierges de syphilis, elles ne déterminent habituellement aucune sensation prurigineuse et présentent, quelques-unes au moins, une coloration rouge maigre de jambon ou cuivrée, conséquence de la dilatation des vaisseaux capillaires et, dans quelques cas, d'une légère transsudation de la matière colorante du sang. Elles sont, enfin, accompagnées ou plus souvent précédées d'alopécie et des symptômes généraux qui marquent habituellement le début de la syphilis dite secondaire.

Ces manifestations admettent plusieurs variétés, que nous décrirons comme il suit :

A. Syphilide érythémateuse ;
B. Syphilide papuleuse ;
C. Syphilide pustuleuse ;
D. Syphilide vésiculeuse ;
E. Syphilides squameuse et pigmentaire.

Les altérations des cheveux et des ongles qui se lient à l'une ou

à l'autre de ces éruptions trouveront nécessairement place à leur suite.

A. SYPHILIDE ÉRYTHÉMATEUSE.

SYNONYMIE : Roséole syphilitique (Biett). Pustule ortiée ou formiculaire (Trappe et Lagneau).

L'une des manifestations les plus fréquentes et aussi les plus précoces par lesquelles se traduit la syphilis, l'érythème, apparaît souvent pendant la durée même de l'accident primitif.

Il se caractérise tantôt par des taches non saillantes, d'une couleur rose pâle, et qui disparaissent par la pression ; tantôt par des plaques d'un rouge vif ou foncé, formant une légère élevure, et peu ou point modifiées par la pression. De là deux variétés : l'érythème maculeux et l'érythème papuleux, dont la coexistence, reconnaissons-le, est loin d'être rare. Bazin admet de plus une roséole granuleuse et une roséole squameuse, caractérisées, la première par de petites saillies papuleuses, et la seconde par des macules primitivement recouvertes de squames.

Gaspard Torella (1) nous a laissé sur cette affection l'une des premières observations. Un homme, à la suite de grandes fatigues dans le mois d'août 1497, fut atteint de la maladie nouvelle. Des ulcères sanguins et putrides, accompagnés de plaques rouges, se montrèrent aux organes génitaux; les taches rouges s'étalèrent ensuite par tout le corps. « Invenit totum corpus infectum maculis latis, rubeis, sine pustulis. » Les ulcères avaient des croûtes épaisses comme l'écorce d'un arbre. A ces accidents succédèrent des douleurs au cou, à la tête et aux épaules.

Après Torella, il faut arriver à Matthiole pour retrouver l'indication de l'érythème syphilitique. « Sunt qui maculas tantum rubeas in luteum tendentes colorem monstraverint, etc. (2). »

A. Ferrier (3) mentionne ce même accident dont Fernel fait une des manifestations caractéristiques de la syphilis. La peau, dit ce dernier, se couvre de taches nombreuses, tantôt rouges, tantôt fauves. « Cutis universa crebris maculis minime tuberantibus aspergitur, iisque parvis, lentiginis instar, ac modo rubris, modo flavis. »

(1) *Tractatus cum consiliis contra pudendagram*, 1497, in-4°, et *Aphrodisiacus*, p. 545.
(2) *Traité du mal français*, 1535, et *Aphrodisiacus*, p. 248.
(3) *De pudendagrâ*, cap. III. *Aphrodisiacus*, p. 907.

Al. Pétrone (1) nous apprend qu'en 1565 la syphilis se manifestait presque toujours par des macules rouges ou par des papules; l'érythème syphilitique était donc aussi fréquent à cette époque qu'aujourd'hui. Après cet auteur on trouve peu de données relatives à l'érythème syphilitique.

Les syphilographes du dix-septième et du dix-huitième siècle ne paraissent pas attacher une grande importance à cet accident. Astruc et Hunter en parlent à peine; aussi, dans la première moitié du dix-neuvième siècle, l'histoire de l'érythème syphilitique est-elle encore très-imparfaite. Trappe et Lagneau, plus tard Cullerier et Alibert désignent sous la dénomination de pustules ortiées, ou formiculaires, cette éruption à laquelle Biett et ses élèves, Cazenave et Schedel, donnent le nom de *roséole syphilitique*. Rayer reconnaît une syphilis maculée dont il rapporte une observation. Baumès, Gibert, Ricord, admettent la roséole syphilitique, que Bassereau d'abord et plus tard Bazin et Hardy ont soigneusement décrite.

L'érythème syphilitique paraît se développer indifféremment dans toutes les saisons de l'année, chez les deux sexes et à tous les âges de la vie. De même que la plupart des éruptions cutanées, il est d'une fréquence relativement plus grande dans les régions chaudes que sous notre climat; nous reviendrons du reste sur ce point.

Cette épurtion débute d'ordinaire par le tronc, plus rarement par la face ; son développement est tantôt lent et progressif, tantôt rapide au point d'envahir en moins de trente heures une grande partie de la surface cutanée : ce qui arrive lorsque l'éruption est provoquée par une cause occasionnelle, telle qu'une émotion vive, un bain chaud, une fatigue excessive ou des excès alcooliques. Les hypochondres, les flancs, les parties antérieure et latérales du thorax, les épaules, la face interne des membres en sont le siége habituel; mais on la retrouve encore sur le dos, au visage et à la paume des mains. Pour Bazin, l'affection précoce de la paume des mains, généralement connue sous le nom de psoriasis palmaire syphilitique, n'est, en effet, qu'une variété de roséole syphilitique. Dans les régions où apparaît cette manifestation, la peau commence par se nuancer de petites taches roses, à peine apparentes, mais qui au contact de l'air prennent une teinte violacée et peuvent simuler à s'y méprendre les

(1) *De morbo gallico*, *Aphrodisiacus*, p. 1167.

marbrures vasculaires, bleuâtres, que le froid développe à la surface de la peau. Peu à peu elles se colorent davantage et acquièrent une plus grande étendue. D'une longueur qui varie entre 1 millimètre et 1 centimètre, les taches érythémateuses présentent des bords irréguliers, déchiquetés, et une disposition rarement bien déterminée. D'autres fois elles affectent par leur réunion cette forme circulaire ou semi-circulaire commune à un grand nombre d'affections syphilitiques. Ces taches sont rarement prurigineuses; elles varient avec l'âge, le sexe, la constitution des malades, et sont en général plus apparentes l'été que l'hiver, chez les sujets blonds, à peau fine, que chez ceux qui ont la peau brune. Elles sont parfois modifiées par la région où on les observe : ainsi, tandis que la face dorsale des mains et des pieds est le siége ordinaire de taches roses, les régions palmaire et plantaire se couvrent de taches papuleuses d'un rouge foncé, sensibles à la pression, et sur lesquelles se forment rapidement des plaques épidermiques, arrondies, squameuses, qui constituent une des formes de la syphilide cornée de Bassereau et de la roséole squameuse de Bazin. La roséole granuleuse de ce dernier auteur est caractérisée par la présence de petites saillies papuleuses traversées chacune par un poil, et vraisemblablement formées par les follicules pileux augmentés de volume.

Marche et terminaison. — L'érythème syphilitique a une marche généralement lente, même dans les cas exceptionnels où son début soudain ressemble à celui d'une fièvre éruptive. Il apparaît le plus souvent par poussées successives, et de là les nuances variées de la peau, qui prend un aspect particulier (*peau truitée* de J.-L. Petit). La durée de cet accident varie entre quelques semaines et plusieurs mois. Il se termine par résolution ou par desquamation, laissant à sa suite des macules brunâtres ou jaunâtres, plus caractéristiques, au dire de Gibert, que l'éruption elle-même.

L'érythème syphilitique est sujet à des récidives (18 fois sur 192, Bassereau) dont les excès de fatigue et les boissons alcooliques sont les causes occasionnelles les plus communes. La nouvelle éruption n'est plus ordinairement, comme la première, précédée de symptômes généraux ; mais d'ailleurs elle n'en diffère pas d'une façon sensible.

Diagnostic. — Il n'est pas toujours facile de reconnaître l'érythème syphilitique. A son début, cet accident peut bien passer inaperçu si on n'a pas soin d'examiner attentivement et obliquement l'enveloppe

cutanée. La disposition particulière des taches, en général plus confluentes à la partie antérieure du tronc, la lenteur d'évolution de l'éruption et sa coloration, voilà les principaux signes diagnostiques. Ces signes n'ont à la vérité rien d'absolu, mais les manifestations morbides concomitantes, telles que chancres, adénopathies, plaques muqueuses, alopécie, etc., ne laissent aucun doute sur l'origine de l'érythème.

La rougeole et la scarlatine, maladies dont les éruptions ressemblent quelquefois à l'érythème syphilitique, se reconnaissent à l'intensité de la fièvre qui les accompagne, à leur marche aiguë, et à la localisation qu'elles présentent dès le début, la rougeole vers la muqueuse oculo-nasale, la scarlatine vers la muqueuse pharyngée.

La roséole vulgaire et les différents érythèmes non syphilitiques ne seront pas confondus avec la roséole qui nous occupe, si l'on tient compte des antécédents du malade et de la présence des adénopathies ganglionnaires. D'ailleurs ces érythèmes se lient à des causes souvent faciles à reconnaître. L'érythème rhumatismal, par exemple, se montre dans le cours ou à la fin d'un rhumatisme articulaire, il débute par les membres, et particulièrement dans le voisinage des articulations. L'éruption que détermine, dans certains cas, l'usage du copahu, a pu tromper quelques observateurs ; mais outre qu'elle n'est accompagnée d'aucune des affections qui coexistent si fréquemment avec la syphilide érythémateuse, la roséole copahuvique, qui survient en général dans le cours d'une blennorrhagie, commence d'ordinaire au voisinage des poignets, des jarrets, et quelquefois même elle reste limitée à ces régions.

L'hydrargyrie ou érythème mercuriel se distingue aussi de la roséole par sa forme, sa marche et sa disparition rapide après la cessation d'action du mercure sur l'économie.

Pronostic. — Considéré en tant qu'éruption cutanée, l'érythème syphilitique est une affection bénigne, n'entraînant jamais la destruction du derme. Envisagé comme accident de la syphilis constitutionnelle, il indique l'existence d'une maladie sérieuse qui n'est encore qu'à son début. A ce point de vue, toutefois, le pronostic de la roséole est moins fâcheux que celui de la plupart des syphilides. Cette opinion, adoptée aujourd'hui par bon nombre d'observateurs, avait déjà été émise par Fernel, qui avait parfaitement noté l'absence de récidives graves à la suite de la syphilide érythémateuse (« quam nulla alia sequuntur graviora symptomata »).

B. SYPHILIDE PAPULEUSE.

SYNONYMIE : Syphilide tuberculeuse disséminée (Biett); syphilide merisée (Alibert) ; syphilide papulo-tuberculeuse (Bazin).

De même que l'érythème syphilitique, la syphilide papuleuse, connue de quelques syphilographes du seizième siècle (Jean Benedetti et Nicolas Massa), était à peu près ignorée des médecins du dix-septième et du dix-huitième siècle. Toutefois, Cullerier l'ancien et ses élèves en donnèrent une description déjà assez complète sous les dénominations de *pustules miliaires*, *lenticulaires*, *merisées*. Plus tard, Alibert reconnut une syphilide lenticulaire et une syphilide pustuleuse; mais Carmichaël, le premier, fit de la syphilide papuleuse un genre distinct qui depuis a été étudié par Biett, Rayer, Cazenave, Gibert, Ricord, Ch. Martins, Legendre, Bassereau, Hardy, etc.

Sous cette dénomination nous comprenons, à l'exemple de Bazin, la syphilide papuleuse des auteurs et la syphilide tuberculeuse disséminée, éruption précoce et en cela bien différente de la syphilide tuberculeuse circonscrite, toujours tardive.

La syphilide papuleuse est caractérisée par des saillies plus ou moins volumineuses, arrondies, ordinairement disséminées, solides, sèches, se terminant toujours par résolution, et laissant sur la peau de petites dépressions brunâtres non persistantes. Elle siége de préférence sur le tronc, et particulièrement sur le ventre, les flancs et le dos ; on la trouve encore sur les membres , au front et sur le cuir chevelu. Elle peut envahir simultanément toutes les régions du corps, mais le plus souvent elle procède par poussées successives, après avoir commencé par un point déterminé. La saillie papuleuse, qui lui a valu son nom, quoique très-variable, ne dépasse pas ordinairement le volume d'une petite lentille. Sa coloration, à laquelle on a voulu attribuer une valeur diagnostique exagérée, est loin d'être constante, elle varie avec la période de l'éruption. Lorsqu'elles commencent à poindre, les papules offrent une coloration rose ou rouge susceptible de disparaître sous la pression du doigt, et assez analogue à celle des taches rosées de la fièvre typhoïde. Plus tard, en se développant, elles prennent une teinte rouge cuivré qui ne s'efface plus complétement sous le doigt, et qui est, avec juste raison, regardée comme très-caractéristique; cette teinte est toujours plus marquée sur les extrémités inférieures.

On connaît assez peu le point précis de cette lésion élémentaire. Quelques auteurs (1) pensent que les follicules sébacés ou pileux en sont le principal siége. C'est là un fait qui leur paraît peu douteux, du moins en ce qui concerne la syphilide papuleuse miliaire. Nous nous garderons d'être aussi affirmatif; nous croyons, en effet, que les papilles du derme, comme les bulbes pileux, sont quelquefois aussi le point de départ de cette affection.

Après une durée plus ou moins longue, les papules syphilitiques s'affaissent et se recouvrent d'une écaille épidermique qui bientôt se rompt, et laisse autour du point saillant une collerette blanchâtre sur laquelle Biett insistait avec raison; c'est là en effet l'un des bons caractères de cette forme de la syphilis cutanée exanthématique. Des maculatures violacées ou jaunâtres, toujours superficielles, mais non indélébiles, succèdent à l'éruption dont il s'agit.

La syphilide papuleuse comporte plusieurs variétés; suivant Bassereau, elle comprend trois espèces : les papules lenticulaires, les papules coniques, les papules miliaires. Hardy ne reconnaît que deux variétés, les papules lenticulaires et les papules plates. Avec Bazin nous admettrons une syphilide *papuleuse lenticulaire* et une *syphilide papuleuse miliaire*. Les papules coniques ou hémisphériques, dans la première de ces variétés, sont remarquables par leur grosseur, qui peut atteindre celle d'une semence de lentille ou d'une merise, tandis que dans la seconde, dite encore lichen syphilitique, elles ne dépassent pas la grosseur d'un grain de millet. Outre ces variétés, l'éruption papulo-tuberculeuse syphilitique présente des différences en rapport avec les régions où on l'observe. Au cuir chevelu cette éruption est rarement bien dessinée, et presque toujours recouverte de croûtes squameuses du genre de celles qui coexistent ordinairement avec l'érythème syphilitique. A la face on observe encore cette même forme, dont le siége au front produit l'une des variétés de la couronne de Vénus. Le propre des papules de la paume des mains et de la plante des pieds est de se couvrir de squames qui, suivant Bazin, feraient croire à un psoriasis.

Dans certains cas les papules sont surmontées d'une petite ampoule remplie d'un liquide blanchâtre qui bientôt se concrète et tombe, laissant à découvert une saillie lisse, luisante, d'un rouge cuivré.

(1) Voyez Hermann Zeissl, *Lehrbuch der constitutionnellen Syphilis*, p. 115, Erlangen, 1864.

La marche de la syphilide papuleuse est essentiellement chronique. Abandonnée à elle-même, cette manifestation a une durée qui peut être de un à plusieurs mois, non pas tant à cause de la lenteur d'évolution de la lésion élémentaire que du développement successif de nouvelles papules, quoique ces dernières disparaissent en général plus vite que les premières.

La résolution est leur mode de terminaison pour ainsi dire constant, la tendance à l'ulcération étant pour ainsi dire nulle. Comme l'érythème, mais toutefois moins fréquemment, la syphilis papuleuse est sujette à récidive : Bassereau dit en avoir observé deux exemples. Elle ne succède pas toujours immédiatement au chancre, mais parfois on la voit venir à la suite d'une syphilide érythémateuse.

Les affections syphilitiques qui accompagnent le plus souvent la syphilide papulo-tuberculeuse sont l'érythème, les plaques muqueuses, le chancre et l'ecthyma superficiel.

Diagnostic et pronostic. — La disposition des papules et leur couleur cuivrée, la desquamation particulière qui se manifeste à leur pourtour après un certain temps, sont des signes objectifs qui permettent peu de confondre la syphilide papuleuse avec des affections d'une tout autre origine, même en l'absence de symptômes syphilitiques concomitants.

L'éruption de la fièvre typhoïde se distinguera, en tout cas, par son peu d'étendue, le petit volume des taches et l'existence d'une fièvre intense. La miliaire fébrile est accompagnée de sueurs abondantes et de troubles digestifs qu'on ne rencontre pas ordinairement dans la syphilide papuleuse. Parmi les éruptions vulgaires, certaines variétés de lichen pourraient faire supposer une syphilide papuleuse, si le prurit qui se lie à leur présence et l'absence de tout symptôme syphilitique n'indiquaient suffisamment qu'elles n'ont point une cause spécifique.

Les saillies indurées de l'acné vulgaire, également susceptibles d'être prises pour des papules syphilitiques, se reconnaissent à leur siége d'élection, qui est la face et la région du dos, et plus tard aux cicatrices plissées qu'elles déterminent.

Nous venons de voir que les papules syphilitiques n'altèrent pas la texture de la peau; à ce point de vue par conséquent leur pronostic est peu sérieux. Considérées dans la série des manifestations syphilitiques, ces éruptions ne constituent pas davantage un symptôme fâ-

cheux, relativement du moins aux formes tardives de la syphilis cutanée.

C. SYPHILIDE PUSTULEUSE.

SYNONYMIE : Pustules syphilitiques (*pustulæ crustosæ, ambulativæ*, etc.).

On désigne sous ce nom une éruption disséminée, caractérisée par une collection purulente et qui ne laisse à sa suite qu'une cicatrice légère.

Cette éruption, par sa fréquence, prend place immédiatement après les syphilides érythémateuse et papuleuse. L'une des manifestations syphilitiques les plus communes de la fin du quinzième et du commencement du seizième siècle, elle sévissait alors avec une grande intensité; aussi est-elle peinte sous les plus sombres couleurs, ulcérant les chairs et rongeant jusqu'aux os. Aujourd'hui, elle a beaucoup perdu de cette gravité.

La syphilide pustuleuse peut s'étendre à toute la surface de la peau, mais elle débute ordinairement par le cuir chevelu ou la face, pour de là gagner le tronc et les membres. La partie la plus superficielle du derme qui circonscrit les poils semble en être le siége anatomique. Elle se présente sous des aspects variés, mais, quelle que soit la forme qu'elle revête, elle a une évolution peu variable : tout d'abord elle apparaît sous la forme d'une tache fauve, rouge ou cuivrée, vient ensuite un bouton de petit volume qui suppure et se recouvre d'une croûte ; cette croûte tombe, et il reste une légère ulcération indicatrice.

Elle comprend plusieurs variétés. Beaucoup d'auteurs n'en admettent que deux, la syphilide ecthymateuse et la syphilide acnéiforme. Avec Bassereau et Bazin nous décrirons les trois modalités qui suivent :

1° La *syphilide pustuleuse lenticulaire* de Bazin, *acnéiforme* de Bassereau, que caractérisent des pustules du volume d'une petite lentille, composées d'une base rouge surmontée d'une ampoule remplie de sérosité louche ou de pus. Discrètes, réunies en groupes, ces pustules, par leur base indurée et leur sommet purulent, ressemblent à l'éruption de la varioloïde. Primitivement elles se développent sur la face ou sur le cou, après quoi elles s'étendent par poussées successives sur la plupart des régions du corps sans avoir jamais, comme les pustules de l'acné vulgaire, leur siége presque exclusivement sur les parties supérieures du tronc.

Après avoir persisté pendant un temps plus ou moins long, le contenu de la pustule se solidifie en croûtes grises ou jaunâtres. Celles-ci se détachent et laissent, soit une papule, soit une tache d'un rouge sombre ou cuivré, soit encore une ulcération superficielle suivie d'une cicatrice blanche, arrondie, légèrement déprimée, différente de la cicatrice allongée et plissée qui appartient à l'acné vulgaire.

2° La *syphilide pustuleuse miliaire* de Bazin, *impétiginoïde* de Bassereau, débute sur les mêmes régions que la variété précédente ; elle consiste en de petites ampoules traversées à leur centre par un poil et entourées d'une auréole d'un rouge vif. Le pus s'y concrète parfois et alors résulte une croûte jaunâtre ou grisâtre analogue à celle de l'impétigo. La cicatrice qui survient plus tard est remarquable après un certain temps par sa décoloration centrale, encadrée par un rebord cuivré, lequel disparaît peu à peu.

3° La *syphilide pustuleuse phlyzaciée* (ecthyma syphilitique superficiel disséminé) a des pustules plus étendues, disséminées, quelquefois ombiliquées au centre et toujours entourées d'une auréole rouge. Ces pustules renferment un liquide qui, en se concrétant, souvent après plusieurs semaines d'un état stationnaire, forme des croûtes brunes ou noirâtres. Celles-ci laissent à nu une tache livide dont la disparition s'opère lentement, et plus tard une cicatrice blanche, mais différente de la cicatrice gaufrée de la variole.

La marche de la syphilide pustuleuse est subaiguë ou chronique ; sa durée, variable, est en général de plusieurs mois, grâce surtout à son mode d'apparition par poussées successives.

Diagnostic et pronostic. — Lorsqu'elle est précédée de phénomènes généraux, la syphilide pustuleuse phlyzaciée pourrait tout d'abord faire croire à une varioloïde ou à une variole ; mais la différence dans la marche et dans l'intensité des symptômes généraux, les antécédents et les lésions syphilitiques concomitantes ne peuvent longtemps prêter à l'erreur.

Parmi les éruptions non fébriles, l'acné ordinaire est facilement confondue avec la syphilide pustuleuse lenticulaire, mais elle s'en distingue par des pustules plus volumineuses et d'un rouge plus sombre. Les pustules acnéiques siégent sur la face et le dos, sans jamais se montrer sur les jambes, elles sont suivies du reste de cicatrices blanches allongées et plus profondes.

Les éruptions symptomatiques de la gale donnent lieu à un prurit

intense et se caractérisent par des sillons particuliers qui vont aboutir à des vésicules dont le siége ordinaire est le ventre, les fesses et la verge. Pour tous ces motifs il est possible de les différencier.

Le pronostic de la syphilide pustuleuse est en général plus sérieux que celui des formes précédentes, à cause des récidives nombreuses (quinze fois sur soixante-douze cas, Bassereau) auxquelles elle est sujette. L'exsudation purulente serait, en outre, suivant plusieurs syphilographes, l'indice d'une syphilis plus grave. Mais il est bon de faire observer que les auteurs comprennent ordinairement dans le groupe des syphilides pustuleuses l'ecthyma profond et le rupia, et ainsi on s'explique pourquoi il existe une certaine tendance à voir ce pronostic plus fâcheux qu'il ne l'est réellement.

Les relevés de Bassereau établissent que le chancre qui précède l'éruption pustuleuse se présente le plus souvent sous forme d'ulcération profonde ou phagédénique. L'espace de temps qui sépare le moment de la contagion de l'apparition de la syphilide pustuleuse diffère peu de ce qu'il est dans les syphilides érythémateuse et papuleuse.

D. SYPHILIDE VÉSICULEUSE.

SYNONYMIE : Pustules syphilitiques vésiculeuses, séreuses (*herpes syphiliticus*, etc.).

Cette manifestation est caractérisée, comme son nom l'indique, par la présence de petites ampoules séreuses plus ou moins régulièrement disposées à la surface de la peau. Admise par Trappe, Cullerier l'ancien, sous le nom de pustule séreuse, et par Alibert, sous la dénomination de syphilide pustuleuse miliaire et scabioïde, la syphilide vésiculeuse est mieux étudiée depuis les importants travaux de Cazenave et Schedel, de Bassereau, qui en ont donné des observations détaillées.

L'une des formes les plus rares de la syphilis cutanée, elle est aussi celle sur laquelle les auteurs sont le plus en dissidence. Bassereau, qui en a observé seulement douze cas, admet les quatre variétés suivantes :

La syphilide vésiculeuse *à forme de varicelle*, dans laquelle les vésicules disséminées, tantôt acuminées, tantôt globuleuses et quelquefois ombiliquées, sont remplies d'une sérosité qui se trouble rapidement et finit souvent par se changer en un liquide purulent; d'où une ressemblance plus grande avec la varioloïde qu'avec la varicelle. Chaque vésicule est entourée d'ailleurs d'une auréole cuivrée.

La syphilide vésiculeuse *à forme d'eczéma*, dont les vésicules, tantôt transparentes, réunies en groupes ou disséminées, occupent distinctement les follicules pileux de la peau; tantôt troubles et agglomérées, se couvrent de croûtes flavescentes (*eczema impetiginoïdes*).

La syphilide vésiculeuse *à forme d'herpès* offre des vésicules disposées en groupes irréguliers, ayant l'aspect de l'herpès phlycténoïde, ou bien en groupes arrondis ou ovales affectant la forme circinée.

La quatrième variété se distingue par la base dure et cuivrée sur laquelle reposent les vésicules.

Hardy reconnaît les trois premières variétés ; Follin dit avoir observé un cas très-manifeste d'herpès syphilitique ; Bazin n'admet que la syphilide varicelliforme. Celle-ci commence par une tache d'une couleur rouge vif, sur laquelle se développe une petite vésicule arrondie, dont la sérosité devient purulente au bout de huit à dix jours et se transforme en croûtes. Suivant ce même auteur, les autres variétés ci-dessus admises ne sont que des manifestations parasitaires arthritiques ou dartreuses. Ce dermographe décrit de plus une syphilide papulo-vésiculeuse circonscrite, qui est l'affection connue de Rayer, d'Alibert, de Baumès et de Cazenave, sous le nom d'eczéma syphilitique, et, à cette espèce, il rattache une variété de syphilide désignée par Erasm. Wilson sous le nom de *Syphilide en corymbe*. Cette variété, que nous avons pu observer nous-même dans un cas, est en général tardive, et sous ce rapport elle appartient plutôt à la période tertiaire. Elle est caractérisée par de larges plaques lichénoïdes, confluentes, formées par des granulations rapprochées, ou mieux par de petites papules rouges, les unes pleines, solides, exfoliées, les autres vésiculeuses à leur sommet. Ces plaques forment une première zone qui est entourée par une seconde dont les éléments papulo-vésiculeux sont plus écartés, de sorte que l'ensemble de l'éruption offre quelque chose de spécial, et se rapproche réellement de la disposition en corymbes.

La marche de la syphilide vésiculeuse est chronique, malgré les phénomènes réactionnels qui s'observent parfois à son début, comme au début de toutes les syphilides exanthématiques. La durée de l'état vésiculeux est ordinairement courte, mais la période squameuse qui lui succède se prolonge en général beaucoup plus longtemps, un mois pour le moins. Les vésicules syphilitiques se terminent par résolution après avoir quelquefois légèrement ulcéré les tissus, laissant alors de petites cicatrices qui finissent par s'effacer.

Diagnostic et pronostic. — La difficulté du diagnostic est ici en rapport avec la rareté de l'affection.

La varicelle ordinaire et la variole sont les deux maladies que la syphilide vésiculeuse peut simuler dans les commencements ; mais la lenteur de la marche, les phénomènes syphilitiques concomitants, ne peuvent laisser longtemps subsister l'erreur.

Le prurit est un excellent signe distinctif des herpès ou des eczémas qui ne sont pas de nature syphilitique.

Le pronostic de la syphilide vésiculeuse est peu différent du pronostic des syphilides papuleuse ou pustuleuse. Bassereau n'a jamais vu cette éruption récidiver ou succéder à une autre forme. Dans les douze cas qu'il a observés, elle a toujours été le premier symptôme consécutif à l'accident primitif (érosion chancreuse), et elle s'est toujours montrée de un à six mois après la contagion.

E. SYPHILIDES SQUAMEUSE ET PIGMENTAIRE.

Les deux formes élémentaires dont il s'agit partagent encore les syphilographes; tandis que les uns les admettent en toute certitude, les autres les rejettent d'une façon absolue. Si l'on cherche la cause de cette divergence d'opinions, on voit qu'elle tient en partie à ce que ces manifestations, et surtout l'affection squameuse, sont rarement primitives, et ne constituent en général qu'une des phases d'une autre lésion. Nous ne croyons pas, toutefois, à l'exemple de quelques auteurs, devoir frapper d'ostracisme ces dernières déterminations morbides, puisque nous avons sous les yeux, à l'heure qu'il est, un cas de psoriasis syphilitique non douteux. Cependant nous reconnaissons sans difficulté que ces affections sont relativement beaucoup moins fréquentes que celles qui précèdent.

a. Syphilide squameuse. — Elle présente plusieurs variétés. Hardy, qui n'hésite pas à admettre cette forme, décrit les trois variétés qui suivent :

La *syphilide squameuse en gouttes*, désignée encore par certains auteurs sous le nom de *psoriasis syphilitique*, est caractérisée par des taches arrondies, à peine saillantes, de la largeur de 3 millimètres à 1 centimètre. Ces taches, ou mieux ces papules, d'une coloration d'un brun cuivré, sont recouvertes par des squames fines, blanches, et non imbriquées, qui, venant à tomber au bout de quelques semaines, laissent à leur niveau une tache, sans cicatrice

consécutive. Le tronc et les membres supérieurs sont le siége le plus fréquent de cette syphilide, qui apparaît de six mois à deux ans après l'accident primitif et qui se distingue du psoriasis dartreux par un siége différent. En effet, tandis que la première de ces affections se disperse un peu partout, la dernière s'observe principalement aux coudes et aux genoux; les squames, d'ailleurs, qui ne sont pas imbriquées dans le psoriasis syphilitique, le sont au contraire dans le psoriasis commun.

La *syphilide squameuse circinée* est remarquable par sa disposition circulaire; elle siége le plus ordinairement à la figure, et n'est en réalité, suivant nous, qu'une variété de la syphilide tuberculeuse, dont il sera bientôt parlé. Une présomption en faveur de cette manière de voir, c'est que, comme cette dernière, elle ne survient qu'après une ou plusieurs années à partir du début de l'accident primitif.

Elle se présente sous la forme de taches d'un rouge brun, peu saillantes, formant des cercles ou des segments de cercle dont le centre est habituellement sain; sur ces taches de la grandeur d'une pièce de 1 ou de 2 francs, on voit des squames blanches, fines, non imbriquées. L'absence de prurit et le peu d'extension de cette affection la distinguent de l'herpès circiné.

La *syphilide palmaire et plantaire* (*psoriasis palmaire*) occupe, ainsi que son nom l'indique, la paume des mains et la plante des pieds. Elle est caractérisée par des taches un peu saillantes, arrondies, d'une couleur cuivrée, recouvertes de squames dures, grisâtres, confluentes, qui, dans quelques cas, se manifestent sous l'apparence de plaques fendillées donnant lieu à la formation de gerçures ou de rhagades souvent douloureuses. Aux limites des squames ou des plaques, on trouve un liséré brun caractéristique, sous la forme de segments de cercle. Le psoriasis simple ou dartreux, ayant même siége, se différencie par une teinte d'un rouge plus vif, des démangeaisons plus intenses; le plus souvent il existe en même temps aux coudes et aux genoux.

b. Syphilide pigmentaire ou maculeuse. — La syphilide *maculeuse*, sur laquelle Monneret (1) et plus tard Hardy (2) ont les premiers fixé l'attention, a été décrite avec soin par Pillon (3) sous le nom

(1) *Compendium de médecine pratique*, t. VIII, p. 50.
(2) *Leçons cliniques* (*Gazette des hôpitaux*, 1854).
(3) *Des exanthèmes syphilitiques*. Thèse de Paris, 1857.

de syphilis pigmentaire. Elle est caractérisée par des taches arrondies, non saillantes, ayant les dimensions d'une pièce de 50 centimes à celle de 1 franc, et une coloration grisâtre ou teinte café au lait. Ces taches ont des bords irréguliers ou déchiquetés; quelquefois isolées, elles sont le plus souvent réunies en grand nombre dans la même région. Elles s'observent principalement au cou, mais elles se rencontrent aussi sur la figure, à la lèvre supérieure, sur le front, l'abdomen (Hardy) et les jambes (Pillon). Tantôt elles se confondent par leurs bords, d'autres fois elles laissent entre elles des intervalles de peau blanche formant des marbrures causées par la diminution de teinte du pigment. Elles ne sont accompagnées ni de chaleur ni de démangeaison, et elles ne sont pas suivies de desquamation. Leur époque d'apparition dans la série syphilitique suit ordinairement le déclin de la roséole (1).

Parmi les affections qui peuvent simuler cette modalité symptomatique, est le pityriasis versicolor, lésion squameuse et non maculeuse, présentant d'ailleurs une teinte plus jaune, et des éphélides dont les taches larges et accentuées existent rarement au cou.

ALOPÉCIE.

Bern. Tomitanus, De morbo gallico, lib. II. De mutationibus gallici morbi CXVII. Aphrodisiacus Luisini, p. 1101. — A. Traj. Petrone, De pilorum defluvio et unguium dentiumque casu, *ibid.*, p. 1332. — Rayer, Traité des maladies de la peau, 2e édition, Paris, 1835, t. II, p. 424. — Sigmund, Bemerkungen über Krankheitserscheinungen an den Hæren bey Syphilis. Oesterr. Zeitschrift für prakt. Heilk. n° 37, 1859. — A. Cazenave, Traité pratique des maladies du cuir chevelu. Paris, 1850. — Diday, Histoire naturelle de la syphilis. Paris, 1864.

L'alopécie, qui est la chute partielle sinon totale des cheveux ou des poils, doit être regardée comme une des manifestations importantes de l'infection syphilitique. Elle survient en même temps que les symptômes prodromiques, ou tout au moins au début des formes précoces de la syphilis cutanée. Cependant elle se montre aussi plus tardivement; mais dans ce cas, elle est le plus souvent la conséquence ou d'une lésion du cuir chevelu, et nécessairement du bulbe pileux, ou d'une altération des os du crâne (exostoses ou périostites). Quel-

(1) V. Tanturri, *De la syphilide pigmentaire à fond jaune* (*Il Morgagni*, 1863, Napoli).

quefois enfin, l'alopécie, résultat en quelque sorte de la débilité générale de l'organisme, est, comme la chute de l'épiderme, un signe de cachexie. De là plusieurs variétés d'alopécie qu'il est possible de grouper sous deux chefs et qui, par opposition, peuvent être appelées l'une *primitive*, l'autre *consécutive*. La première seulement de ces deux variétés fait partie de la période d'éruption générale et doit nous occuper dès maintenant.

L'alopécie, si l'on en croit plusieurs autorités imposantes du seizième siècle, ne se serait pas manifestée tout d'abord au début de la grande épidémie, mais seulement après plusieurs années. « Depuis environ six ans, dit Fracastor (1), la maladie (syphilis) a encore changé considérablement. On ne voit maintenant des pustules que chez très-peu de malades, presque point de douleurs, ou des douleurs bien plus légères, mais beaucoup de tumeurs gommeuses. Une chose qui a étonné tout le monde, c'est la *chute des cheveux et des autres poils ;* cela donne un air ridicule ; les uns n'ont point de barbe, les autres point de sourcils ; d'autres ont la tête chauve. D'abord, on attribuait cet accident aux remèdes, surtout au mercure ; mais quand on a été mieux instruit, on a reconnu qu'il venait du changement de la maladie. » Brassavole (2) assure, de son côté, que depuis vingt ans (c'est-à-dire 1533) il a paru des accidents vénériens qui font douter si la maladie est sur son déclin, ou si elle est changée. Le premier de ces accidents est la *chute des poils,* qui donne aux malades une figure ridicule ; car on ne peut s'empêcher de rire, en voyant des hommes sans barbe, sans sourcils et sans poils aux paupières. Fallope (3) n'est pas moins explicite à cet égard, car il dit (1560 ou 1561) : « Durant les quarante premières années (c'est-à-dire avant 1534), il n'y avait point de *chute de poils ;* mais elle a commencé depuis trente ans. »

Il est évidemment peu probable que l'alopécie syphilitique se soit manifestée aussi tardivement, et il y a bien plutôt lieu de croire qu'elle passa inaperçue jusqu'à cette époque. Mais, quoi qu'il en soit, c'est à partir de ce moment que l'on a commencé à considérer la chute des cheveux comme un symptôme de la syphilis. A. Paré, Rondelet (4),

(1) *De morbis contagiosis*, lib. III, cap. II. Venise, 1546.
(2) *De morbo gallico*. Venise, 1553.
(3) *De morbo gall.*, cap. XXIII, 156. Comparez Hercule de Saxonia, *Luis venereæ perfectissimus Tractatus*. Patavii, 1597.
(4) *Aphrodisiacus*, 938.

N. Massa et beaucoup d'autres auteurs en font mention. Fernel n'en parle pas seulement d'une façon particulière, il signale encore l'époque habituelle de son apparition ; il prétend que, dans le premier degré de la vérole, le virus s'insinue sous l'épiderme comme une vapeur, d'où la chute des poils et des cheveux ; ainsi il fait de l'alopécie l'une des premières manifestations de l'infection consécutive.

Cet accident, souvent lié à la céphalée prodromique, est assez fréquent pour que Diday l'ait observé 53 fois sur 60 malades. Son siége est le cuir chevelu, plus rarement les sourcils, la barbe et les poils du corps. Mais les femmes, au rapport de ce même auteur, sont plus sujettes que les hommes à la chute des poils du visage. L'une des premières modifications du poil est un état de sécheresse qui n'est pas ordinaire ; s'il s'agit des cheveux, on les voit bientôt perdre leur brillant et leur élasticité ; ils deviennent cassants, lanugineux, et parfois même leur couleur s'altère par suite d'une diminution dans la formation du pigment.

Sigmund va jusqu'à prétendre que les cheveux noirs de l'adulte peuvent grisonner dans ces conditions. Mais, quoi qu'il en soit, les cheveux tombent en général sous l'influence de la plus légère traction. La chute n'en est le plus souvent que partielle, elle se fait par ilots (simple éclaircissement de la chevelure), dans une plus ou moins grande étendue du cuir chevelu ; plus rarement elle se fait en masse, et elle reste limitée à certaines régions et particulièrement aux régions temporales. Ce n'est pas communément que cet accident envahit toute la surface cutanée. Cependant un malade observé par Vidal de Cassis (1) présenta, dans la convalescence d'un eczéma syphilitique généralisé, la chute des cheveux et de tous les poils de la face et de la partie supérieure du corps. Il y eut guérison.

L'alopécie fait son évolution lentement et dure ordinairement de un à plusieurs mois ; mais qu'elle soit partielle ou générale, si elle a lieu au début de la diathèse, la guérison complète en est la règle ; les cheveux repoussent ; d'abord plus fins qu'auparavant, ils ne tardent pas à reprendre la vigueur et la consistance primitives.

Cet accident n'est pas seulement un symptôme de la syphilis secondaire, il se rencontre encore dans un grand nombre de maladies qui portent une profonde atteinte à la constitution. On le voit surve-

(1) *Traité des maladies vénériennes*, 1855, p. 420.

nir à la suite de la fièvre typhoïde, de l'état puerpéral, etc. Toutefois, il est possible de reconnaître ces différentes sources, pour peu qu'on soit renseigné sur les antécédents morbides du malade. Il est des cas d'ailleurs où le simple siége de l'affection suffit pour éclairer le diagnostic. Ainsi, la calvitie qui occupe uniquement la partie supérieure et moyenne du crâne n'a pas ordinairement une origine spécifique. Ce point est important à connaître, car il n'est aucune circonstance qui ne doive être invoquée pour le diagnostic comme pour le pronostic de la syphilis, et, à ce dernier point de vue, l'alopécie, lorsqu'elle est étendue et qu'elle persiste pendant longtemps, une année par exemple, peut être regardée comme un signe fâcheux. Rarement, en effet, la syphilis qu'elle accompagne guérira d'une manière spontanée (1).

Tous les auteurs ne s'accordent pas sur la condition pathogénique de l'alopécie syphilitique. Cet accident, qui, suivant les uns, est la conséquence d'une éruption du cuir chevelu, est regardé par les autres comme un effet de l'anémie que détermine l'infection syphilitique. Le mercure aussi a été mis en cause, mais à tort. Bassereau, qui partage la première opinion, prétend que les cheveux tombent d'autant plus abondamment qu'il s'est formé un plus grand nombre de pustules sur le cuir chevelu. Mais cependant on ne peut soutenir que la chute des poils soit uniquement et nécessairement produite par cette éruption. Ce qu'il y a de certain, c'est qu'elle s'observe sur des points où l'on ne trouve souvent aucune trace de lésion cutanée. Il n'en faut pas moins reconnaître qu'elle est le résultat d'une lésion du follicule pileux, tantôt directe et primitive, tantôt indirecte ou consécutive.

LÉSIONS DE L'ÉPIDERME ET DES ONGLES.

A. *Lésions épidermiques.* — Les modifications de l'épiderme connexes des diverses éruptions ci-dessus décrites sont comprises par Vidal de Cassis sous la dénomination de chute de l'épiderme. « On voit, dit cet auteur, et cela pour tout accident consécutif, l'épiderme s'épaissir un peu, se décolorer, devenir plus blanchâtre, grisâtre, puis se détacher par petits disques et laisser au-dessous le corps papillaire recouvert seulement par une couche très-mince d'un épiderme nouveau. Ces phénomènes se produisent surtout à la paume des mains. Quand ces plaques se multiplient, se touchent, se confon-

(1) Diday, *Histoire naturelle de la syphilis*, p. 107.

dent, la chute de l'épiderme peut s'opérer dans une assez grande étendue ; les doigts sont ainsi quelquefois dénudés. Certains auteurs ont appelé *Pelade* cette chute de l'épiderme des mains, des pieds et d'autres points du corps. Quelquefois l'épiderme tombe par desquamation extrêmement fine, furfuracée, et cela au cuir chevelu, quand il y a alopécie, même quelquefois sans chute des cheveux. On rencontre aussi ces affections de l'épiderme à la face, dans la barbe, aux sourcils. Souvent cette chute de l'épiderme est une suite d'une affection érythémateuse, impétigineuse ou papuleuse. C'est le *pityriasis* des auteurs. »

B. *Altérations des ongles* (*Onyxis*). — L'altération des ongles est le plus ordinairement la conséquence d'une modification survenue dans la matrice qui est l'organe sécréteur de la substance cornée. Au dire de Brassavole, la chute des ongles, comme la chute des poils, n'aurait pas été observée dès les premiers temps de l'apparition du *mal français*, mais seulement quarante ans plus tard, vers 1533. Quoi qu'il en soit, il faut arriver à ces derniers temps pour trouver une description un peu complète de cette manifestation de la syphilis. Simple dépendance de la peau, la matrice de l'ongle, comme on le conçoit, peut présenter la plupart des formes éruptives ci-dessus décrites. Mais en outre, le repli sous-unguéal est souvent envahi par les plaques muqueuses, accidents que nous étudierons bientôt, et alors s'établit à son niveau un suintement blanchâtre ou brunâtre tout spécial. Deux observations de Lélut, relatées par Rayer (1), semblent se rapporter à une lésion de ce genre. Ces observations, que l'on pourra consulter avec fruit, donneront une idée exacte des caractères des plaques muqueuses de la sertissure des ongles.

Le psoriasis de la matrice de l'ongle ne diffère du psoriasis de la paume des mains que par la modification de la lame cornée unguéale. Le fait suivant, observé sur un étudiant de nos amis, est un exemple de cette affection :

Obs. IX. — X***, jeune Valaque, âgé de 23 ans, remarqua, en avril 1859, la présence, sur la verge, d'un chancre induré pour lequel il consulta M. Ricord. Traité pendant quatre mois, il prit 180 pilules de protoiodure de mercure, ce qui ne l'empêcha pas de voir paraître en août une nouvelle ulcération sur les caractères de laquelle il est peu explicite. En septembre, il prend de l'iodure de potassium pendant trois semaines. Dans le courant

(1) *Traité des maladies de la peau*, 2e édit., p. 341, Paris.

de janvier apparaît à la paume des mains une éruption papuleuse qui est appelée du nom de psoriasis palmaire. Cette affection disparaît rapidement après quelques jours de traitement, mais survient une angine qui persiste plus longtemps. Le bichlorure de mercure, administré tout d'abord, est cessé en mars, et, à partir de cette époque, l'iodure de potassium, de nouveau employé, est continué jusqu'en juin. Dans le courant d'avril, ce malade, qui avait eu antérieurement des accès de fièvre intermittente, est repris par cette même maladie, contre laquelle, cette fois, le sulfate de quinine a peu de succès. Pendant le mois de juin, de nouvelles plaques muqueuses apparaissent au niveau des amygdales très fortement tuméfiées et sur le voile du palais; le psoriasis palmaire se montre de nouveau. C'est à cette époque que je fus consulté. Au niveau du pli unguéal de la plupart des doigts existe un gonflement d'une teinte rouge sombre qui se recouvre bientôt d'une desquamation épithéliale, les ongles sont parsemés de points blancs légèrement saillants. J'ordonne une pilule de protoiodure chaque soir et des poudres ferrugineuses. Huit jours plus tard, les plaques muqueuses étaient effacées, le psoriasis moins apparent, ainsi que l'altération de la matrice unguéale. Les ongles cependant n'ont pas encore repris leurs caractères ordinaires; quelques-uns offrent une coloration légèrement pâle et des sillons longitudinaux, il en est d'autres dont la matrice est manifestement altérée et qui présentent à leur surface de petites dépressions analogues à la marque que produirait la tête d'une épingle sur un corps lisse et peu dur : il y a là un pointillé légèrement blanchâtre que peuvent voiler certains reflets, mais qui se voit bien à contre-jour. Les sillons normaux sont effacés au niveau de cette lésion qui occupe à peu près la partie moyenne de l'ongle. Malgré le traitement institué, la guérison n'était pas encore complète dans le mois de novembre.

Dans d'autres circonstances, l'onyxis est la conséquence d'une syphilide pustuleuse. Un cas de ce genre observé par Bassereau nous apprend que les ongles des mains offraient à leur surface une foule de points mats, blancs, déprimés et comme vermoulus; leur bord libre épaissi, fendillé, se détachait par lamelles. D'autres éruptions appartenant à cette même période peuvent produire de la même façon l'onyxis syphilitique. Jamais cependant on n'observe alors d'ulcérations profondes de la matrice de l'ongle. Il n'en est pas de même dans l'avenir, où souvent l'onyxis succède à un tubercule cutané de la peau, ou à une ulcération grisâtre, sanieuse et fétide de la partie latérale de l'ongle, car alors la matrice s'enflamme, l'ongle se décolle, il tombe et ne se reproduit qu'autant que la matrice n'est pas complètement détruite. Dans ce dernier cas, l'ulcération syphilitique est remplacée par une cicatrice formée de quel-

ques plaques cornées de petite étendue et plus ou moins informes.

Il est des cas néanmoins où la lésion élémentaire fait défaut si elle ne passe inaperçue, et où l'ulcération paraît être primitive; cette variété de l'onyxis, qui atteint les orteils plus souvent que les doigts, a été décrite par Delpech (1). « Un symptôme fort insolite et tout à la fois très-incommode, dit cet observateur, est une ulcération spontanée de l'organe sécréteur de l'ongle, soit de la main, soit du pied. Une douleur se déclare spontanément, ou à l'occasion de quelque légère violence, autour de la racine d'un ongle et sous son extrémité. Les parties douloureuses sont soulevées par un léger engorgement et ont une couleur rouge brun. L'ulcération se déclare d'abord à l'extérieur en contournant la racine de l'ongle. Elle présente ordinairement une surface fongueuse, humide, brunâtre, saignant aisément par le contact et fournissant une suppuration ichoreuse et fétide. Le sommet de l'ongle se détache, et cet isolement, qui s'étend insensiblement vers la base, est suivi bientôt de l'ulcération de la nouvelle surface. Si cette dernière ne fournit qu'un suintement médiocre, ce qui a lieu quelquefois, l'ongle conserve de la consistance ou n'est que peu ramolli. Il est d'un blanc pâle, légèrement boursouflé et renversé en dehors. Si, au contraire, la suppuration qui provient des parties que l'ongle a abandonnées est abondante, l'ulcération de ces dernières est plus profonde, leur isolement par rapport à l'ongle est plus étendu vers sa racine, l'ongle lui-même est plus ramolli, se décompose insensiblement et se réduit à quelques brins d'organisation cornée qui occupent la région de ce que l'on appelle la lunule, se déjettent en dehors et se trouvent ainsi plongés au milieu d'une grande ulcération. En cet état de choses qui est le plus haut degré de développement, à moins qu'il n'entraîne la nécrose de la phalangette, l'extrémité du doigt ou de l'orteil est fort engorgée, de couleur violette, et le malade éprouve le plus souvent des douleurs vives qui vont jusqu'à troubler les grandes fonctions de l'économie. » Ces diverses lésions des ongles font partie de la période des accidents secondaires et coexistent, en général, avec les éruptions cutanées ; dans un cas rapporté par Vidal, l'ulcération unguéale aurait coïncidé avec une épididymite syphilitique.

Telles sont les principales variétés d'affections syphilitiques un-

(1) *Chirurgie clinique de Montpellier*, 1823, t. I, p. 365.

guéales appartenant à la période d'éruption générale. Il est d'autres manifestations ayant même siége que les précédentes et n'en différant que par les suites plus graves de la lésion élémentaire et par une apparition plus tardive, qui nous occuperont plus loin. Quant aux premières, elles représentent deux variétés selon qu'il y a ou non ulcération et suintement séreux de la matrice de l'ongle. La syphilide unguéale sécrétante, *paronychia syphilitica* de quelques auteurs, consiste surtout dans l'altération de la circonférence de la matrice de l'ongle ; elle a été bien décrite par Delpech, ainsi que nous venons de le voir. La syphilis unguéale sèche a été, de la part d'A. Cazenave, l'objet d'une étude particulière.

« L'ongle, dit cet auteur, tantôt piqueté dans plusieurs points, devient seulement grisâtre, sec et cassant à son extrémité libre. Tantôt, indépendamment de ces altérations, il s'épaissit dans les deux tiers de son étendue, il devient opaque, chagriné, sa surface exfoliée est rugueuse, inégale, et, chose remarquable, il y a ordinairement une ligne de démarcation bien tranchée qui sépare cette partie malade de la partie saine représentée habituellement par une surface qui commence un peu au delà de la lunule, surface où l'ongle conserve son éclat, son poli, sa couleur. Dans quelques cas cependant, l'altération de structure est générale, et l'ongle est converti en une production cornée, sèche, grisâtre, chagrinée, très-friable. Cette forme, qui était bien connue des anciens, est, je le répète, très-commune. Il est même rare qu'une syphilis existe depuis longtemps sans que les ongles du malade soient plus ou moins altérés. Elle est toujours secondaire, c'est quelquefois le seul symptôme qui traduise une syphilis consécutive (1). »

La marche de l'onyxis syphilitique secondaire est ordinairement lente, moins toutefois que celle de l'affection unguéale concomitante des accidents plus tardifs ; la guérison en est la terminaison ordinaire, sinon constante. Le pronostic est sans gravité, le seul inconvénient est celui qui résulte de la chute de l'ongle et de l'inquiétude qu'en éprouvent les malades.

Diagnostic. — Les antécédents du malade et les affections concomitantes de l'altération unguéale sont des circonstances qu'il importe de rechercher, si on veut arriver au diagnostic précis de l'onyxis sy-

(1) Cazenave, *Traité des syphilides*. Paris, 1843, p. 429.

philitique. Avec la forme humide ou ulcéreuse de cette manifestation on pourrait confondre l'affection décrite sous la dénomination d'*ongle rentré dans les chairs*. Mais l'ulcération dans ce dernier cas, habituellement peu profonde, n'occupe pas primitivement la matrice unguéale.

Le psoriasis des extrémités digitales n'est pas sans analogie avec la forme sèche, il se distingue sinon par ses caractères objectifs, du moins par la coexistence habituelle de plaques psoriasiques aux coudes et aux genoux. Le renflement des extrémités des doigts chez les individus atteints de lésion cardiaque ou de phthisie pulmonaire, n'amenant, en général, aucun désordre appréciable dans la nutrition de l'ongle, ne pourra faire croire à une onyxis syphilitique.

§ 2. — Affections des membranes muqueuses. — Syphilides énanthématiques.

Les manifestations syphilitiques secondaires des membranes muqueuses ne sont, pour certains auteurs, qu'une reproduction des éruptions cutanées, tellement qu'il est possible de retrouver, à la surface de ces membranes, les diverses lésions élémentaires que l'on observe à la peau. Cette manière de voir est, à notre avis, très-acceptable, d'autant mieux qu'elle concorde parfaitement avec nos recherches personnelles.

De même que les syphilides exanthématiques, les affections dont il s'agit se manifestent soit par des plaques érythémateuses, soit par des papules ou des pustules qui d'ordinaire se terminent par une ulcération légère et peu profonde, ne laissant à la suite aucune trace appréciable de son passage. De là deux variétés principales de syphilides énanthématiques, les unes érythémateuses, les autres ulcéreuses.

A. SYPHILIDE ÉRYTHÉMATEUSE (ANGINES, BRONCHITES SYPHILITIQUES).

Nous comprenons sous le nom de syphilide énanthématique érythémateuse des éruptions syphilitiques caractérisées par l'apparition de simples taches. Les membranes muqueuses buccale, pharyngienne et laryngée sont le siége ordinaire de cette manifestation dont les bronches et l'intestin ne sont peut-être pas toujours exempts. Voyons quels sont, dans ces divers points, les caractères propres à cette détermination morbide.

a. *Membrane muqueuse de la bouche et du pharynx.* — Une description déjà passable de l'érythème syphilitique bucco-pharyngé nous a été laissée par Swediaur. « Quand le virus syphilitique,

dit cet auteur, est absorbé dans la masse du sang, il porte le plus souvent sa première action sur la gorge. Le malade accuse peu de douleur, ou simplement du malaise et une déglutition pénible. En examinant la gorge on ne trouve, parfois, qu'un gonflement considérable des amygdales et de la luette, accompagné d'une rougeur vive qui s'étend aux parties environnantes. Le malade ne soupçonnant pas la cause de son mal, croit avoir pris froid, et le médecin inattentif s'y trompe souvent avec lui. Mais le mal persiste, et ce n'est que plus tard qu'il prend la forme ulcéreuse. »

Cullerier et Ratier (1), Babington (2), Ricord (3), Alph. Cazenave (4), Bassereau (5), ont également signalé l'existence de cette affection. Très-explicite à ce sujet, Baumès (6) écrivait : « Il est une forme d'affection syphilitique de la gorge qui correspond à la syphilide exanthématique; ce sont des plaques plus ou moins irrégulières, d'un rouge plus ou moins vif, quelquefois blanchâtres au centre, sans gonflement ou avec gonflement de la muqueuse, se confondant insensiblement avec le reste de la membrane. Ces plaques apparaissent sur le palais, le voile palatin, le pharynx, et même sur la surface interne des lèvres et des joues; elles durent peu et disparaissent presque en même temps que l'éruption correspondante. » Mac-Carthy (7) insiste sur cette éruption à laquelle Martellière (8) et Pillon (9) consacrent la majeure partie de leurs thèses si justement estimées. Sur 114 observations de syphilis par lui relevées, Pillon a trouvé l'énanthème pharyngé 65 fois, et l'apparition de cette manifestation a coïncidé, le plus souvent, avec celle de la roséole. Dans tous les cas, s'il ne précédait ou accompagnait l'exanthème cutané, l'érythème du pharynx coexistait du moins avec des plaques muqueuses de la peau ou du tégument interne.

A peine prévenus du début de cette affection, les malades accusent moins une douleur qu'un sentiment de sécheresse cuisante qui rend

(1) *Dict. de méd. et de chirurg. pratiques*, art. SYPHILIDES, t. XV, p. 157. Paris, 1836.

(2) Notes à Hunter, *Œuvres complètes*, trad. française de Richelot. Paris, 1839-1842.

(3) *Ibid.*

(4) *Traité des malad. de la peau.*

(5) *Traité des affections de la peau symptomatiq. de la syphilis.* Paris, 1852.

(6) *Traité des maladies de la peau*, t. II, p. 447.

(7) Thèse de Paris, 1844.

(8) *De l'angine syphilitique.* Thèse de Paris, 1854.

(9) *Des exanthèmes syphilitiques.* Thèse de Paris, 1857.

toute déglutition pénible, même celle de la salive. Une rougeur uniforme, non violacée, d'intensité médiocre, règne sur le voile du palais, sur les piliers et sur les amygdales. Souvent même elle envahit la paroi postérieure du pharynx, mais sans jamais offrir de saillie ni de solution de continuité appréciable.

Parfois diffuse à son début, cette rougeur ne tarde pas à se localiser à l'isthme du gosier ou à une partie seulement de son étendue. Tantôt elle s'arrête à la limite externe des piliers, d'autres fois elle envahit toute la partie supérieure du pharynx accessible à la vue; mais toujours ses délimitations sont brusques et tranchées. Ce caractère, sur lequel Martellière insiste avec raison, n'est pas sans importance; il peut, à la rigueur, servir à distinguer cette affection de l'angine érythémateuse simple. Comme cette dernière, l'érythème syphilitique se propage quelquefois à la muqueuse des trompes d'Eustache; mais, en général, il ne trouble pas l'audition.

Cullerier et Pillon prétendent que l'érythème syphilitique n'a pas toujours un aspect lisse et uniforme; ils lui ont trouvé une surface inégale ou granulée. Plusieurs observations, rapportées par Martellière, indiquent que cette éruption du pharynx est susceptible de prendre une teinte grisâtre diffuse, et qui résulterait d'une modification particulière de l'épithélium. Cette teinte circonscrite sous forme de taches non saillantes, mais cependant bien délimitées, apparaît en général sur les piliers du voile du palais et sur les amygdales. Plus tardive dans son apparition, cette variété d'érythème coïncide aussi avec des éruptions plus avancées que la roséole.

Quoique l'érythème pharyngien se montre en dehors des causes connues de l'angine inflammatoire ordinaire, dans quelques cas il se manifeste avec une telle intensité, que la confusion avec cette dernière affection serait possible si les antécédents ne venaient en aide au diagnostic. D'autres fois, il affecte une allure plus calme, son début insidieux est à peine remarqué des malades, et toute la sagacité du médecin est nécessaire pour le reconnaître. Sa durée, comme celle de la roséole cutanée, qu'il accompagne assez souvent, est ordinairement longue, ses récidives ne sont pas tellement rares que Pillon n'ait pu en observer plusieurs cas. Son pronostic, on le conçoit, est sans gravité.

La syphilide érythémateuse du pharynx pourrait être confondue avec les angines rubéolique ou même scarlatineuse. Mais elle se

distingue de ces affections par son peu d'intensité et une faible réaction fébrile, par une disposition en plaques n'occupant, en général, qu'une partie de la gorge, enfin par la concomitance habituelle des symptômes syphilitiques et particulièrement d'une éruption cutanée. Ajoutons que souvent, au moment même de l'apparition de la syphilide érythémateuse du pharynx, l'accident primitif, ou tout au moins la cicatrice qui lui succède, sont encore là pour témoigner que le malade est sous l'empire de l'infection vénérienne.

b. *Membrane muqueuse intestinale.* — Savoir si l'exanthème érythémateux syphilitique peut franchir la limite inférieure du pharynx et se manifester à la surface de la membrane muqueuse intestinale, est une question qui n'est pas encore parfaitement élucidée. « Chez quelques filles de mon service, mortes d'affections aiguës intercurrentes et chez lesquelles on avait constaté, entre autres symptômes, des plaques muqueuses de la gorge, je n'ai jamais trouvé, dit Cullerier (1), la trace de ces lésions au-dessous de la limite inférieure du pharynx; de même, je n'ai rien vu au-dessus du sphincter anal chez celles qui portaient à l'anus le même symptôme secondaire. » Ce chirurgien ne nie cependant pas d'une façon absolue la possibilité d'une entérite syphilitique. Pillon, son élève (2), rapporte trois observations dans lesquelles il n'hésite pas à admettre une entérite secondaire. Ces faits, toutefois, manquant du contrôle anatomique, ne peuvent donner de preuves absolues. Mais, quoi qu'il en soit, l'apparition fréquente de troubles gastro-intestinaux au début ou dans le cours d'un certain nombre de cas de syphilis secondaire est un fait qu'il n'est pas possible de contester. A ce point de vue, l'observation suivante n'est pas dépourvue de tout intérêt; elle est, du reste, un bel exemple de la multiplicité des manifestations syphilitiques secondaires.

Douleurs rhumatoïdes, désordres gastro-intestinaux, syphilide varioliforme, plaques muqueuses et angine syphilitique.

Obs. X. — P. Héloïse, âgée de 19 ans, blanchisseuse, est une jeune fille robuste qui a toujours été bien portante, sauf un gonflement non douloureux des articulations tibio-tarsiennes qu'elle eut, il y a un an, et qui persista durant plusieurs mois. Son père est mort de la poitrine. Sa mère et son frère unique, âgé de 8 ans, jouissent d'une bonne santé.

Vers le 15 mai 1860, elle est prise de douleurs de reins qui l'empêchent

(1) *De l'entérite syphilitique* (*Union médicale*, 1854).
(2) *Des exanthèmes syphilitiques.* Thèse de Paris, 1857.

de marcher; ces douleurs, qui s'irradient de la colonne vertébrale vers les flancs, s'exaspèrent le soir vers 6 heures, et continuent toute la nuit pour cesser à l'approche du jour. En même temps, malaise, courbature générale, perte de l'appétit. — Dans le cours du mois de juin, diminution dans l'intensité des douleurs; mais l'insomnie persiste avec la céphalalgie et il survient de la fièvre le soir. Vers la fin du mois, à tous ces phénomènes s'ajoutent un mal de gorge et des douleurs de cou, en même temps que l'embarras gastrique se prononce davantage : état saburral de la langue, anorexie complète. Un vomitif est administré; le même jour apparaît, dans la soirée, une éruption qui envahit bientôt presque tout le tégument et qui fait croire à une *variole.*

Le 4 juillet, deux jours après le début de l'éruption, la malade entre à l'hôpital de la Pitié (salle Saint-Charles, n° 30). Voici ce qu'elle présente : embarras gastrique très-prononcé; langue saburrale, anorexie complète, dégoût des aliments, digestions difficiles, diarrhée; céphalalgie et en même temps insomnie. Il existe de plus une éruption papulo-pustuleuse disséminée, abondante surtout au niveau de l'abdomen et du dos, peu prononcée sur les membres et qui manque complétement sur les régions habituellement découvertes. Cette éruption, très-analogue à une éruption miliaire, se compose de petites papules portant à leur sommet des pustules plus petites encore. Ces papulo-pustules ne tardent pas à se couvrir de petites squames qui tombent bientôt laissant à leur place une tache circulaire de teinte cuivrée. La malade porte en outre des plaques muqueuses à l'anus et à la vulve; elle est atteinte d'une angine caractérisée par une coloration brunâtre ou bronzée de la muqueuse pharyngée. Vomitif, et, quelques jours plus tard, liqueur de Van Swieten, à la dose de 10 et 15 grammes par jour.

En peu de temps l'éruption s'efface, les plaques muqueuses se cicatrisent, la diarrhée cesse, l'angine disparaît, les fonctions digestives se rétablissent. La liqueur est supprimée. Six ou sept jours plus tard, la malade est prise de douleurs très-vives aux avant-bras et aux jambes. Il y a de la fièvre. A la partie antérieure des tibias on observe des plaques rouges, légèrement empâtées, très-douloureuses à la pression : périostite syphilitique; protoiodure de mercure, opium, vésicatoire.

Le 15 août, l'état de la malade est sensiblement amélioré, lorsqu'elle est de nouveau prise de malaise, de courbature, de céphalalgie, d'oppression, de palpitations et de fièvre (100 puls.); somnolence le jour, insomnie la nuit. Même état les jours suivants en même temps que surviennent des épistaxis qui se répètent à peu près chaque jour pendant huit jours. La malade a complétement perdu l'appétit; elle accuse la sensation d'un corps étranger qui remonterait vers la gorge. L'emploi de l'iodure de potassium amène un mieux rapide et la malade quitte l'hôpital le 8 septembre.

En résumé, des troubles gastro-intestinaux précèdent et accompagnent une syphilide papulo-pustuleuse et une angine syphilitique; un traitement approprié a bientôt raison de tous ces accidents,

puis les mêmes troubles reparaissent avee une périostite, pour cesser ensuite sous l'influenee du traitement qui eombat l'altération du périoste. Ici se pose une double question. Est-ee à la syphilis qu'il eonvient de rapporter le dérangement des fonetions digestives, et, dans ee eas, doit-on l'attribuer à une lésion de la membrane muqueuse gastro-intestinale eomparable à eelle de la muqueuse pharyngée? La marehe simultanée des désordres digestifs et des manifestations eutanées et périostiques dispose eertainement à ne voir, dans ees différents symptômes, que des loealisations diverses d'un même acte morbide. Mais ee fait et quelques autres ne sont pas suffisants pour permettre d'affirmer que les membranes muqueuses de l'estomae et de l'intestin peuvent, à l'exemple de eelle du pharynx, devenir le siége de manifestations seeondaires. De sorte que, même en tenant eompte des données que fournit l'analogie, il est prudent d'attendre de nouveaux faits avant de porter, sur ee point, un jugement déeisif.

c. *Membrane muqueuse du nez, du larynx et de la trachée.* — La membrane de Sehneider n'échappe pas toujours aux atteintes de la syphilis seeondaire ; quelquefois rouge et boursouflée, elle séerète une matière jaunâtre, épaisse, peu abondante, il y a de l'enehifrènement, l'odorat s'affaiblit, et, n'était l'absenee d'éternument, on pourrait eroire à un eoryza ordinaire.

Cette modification se retrouve, avee des caraetères assez semblables, dans le larynx. L'érythème syphilitique du larynx n'a été véritablement étudié que depuis l'invention du laryngoscope. Déjà les reeherehes de Czermak et de Ludwig Turek (1) tendent à établir que cet érythème ne diffère pas sensiblement de celui qui, sous la même influenee, envahit quelquefois la bouche et le pharynx ; les observations intéressantes de Cuseo, eonsignées dans la thèse de Danee, son élève (2), ne laissent pas le moindre doute sur eette manière de voir. En même temps que la roséole, apparaît en général l'érythème laryngé syphilitique ; partant de l'isthme du gosier, il s'avanee vers la glotte et l'épiglotte, au lieu de se porter vers le pharynx, et il envahit rapidement toute la portion sus-glottique de la muqueuse laryngée ainsi que eelle des eordes voeales supérieures et inférieures. La rougeur sombre ou violaeée qui le earaetérise est tantôt sous forme

(1) Voyez, plus bas, Bibliographie des affections syphilitiques du larynx.

(2) *Éruptions du larynx survenant dans la période secondaire de la syphilis.* Thèse de Paris, 1864.

de plaques parfaitement distinctes et bien délimitées, tantôt, au contraire, elle est tout à fait diffuse et sans limites bien appréciables. A cette rougeur s'ajoute parfois un léger gonflement, le plus souvent limité à la région sus-glottique, aux cartilages aryténoïdes et aux cordes vocales supérieures.

Il est très-admissible que la muqueuse trachéale puisse devenir le siége d'altérations semblables, mais il n'existe encore, à cet égard, aucune donnée bien positive.

Les symptômes de la laryngite syphilitique secondaire sont objectifs ou fonctionnels ; nous connaissons déjà les premiers. Relativement aux seconds, si la respiration est généralement peu gênée, il n'en est pas toujours de même de la phonation. Les malades, en parlant, ont la sensation d'un corps étranger ; le timbre de la voix, plutôt que le ton, se trouve affecté, la voix est enrouée ou rauque. Cette modification, au rapport de Dance, se serait montrée 3 fois sur 13 cas de syphilide érythémateuse, 7 fois sur 16 cas de syphilide papuleuse. Diday, de Lyon, nous paraît avoir très-bien décrit ce trouble de la phonation; mais c'est à tort, croyons-nous, qu'il l'a rattaché à une paralysie des muscles du larynx. « Du troisième au sixième mois à partir de l'accident primitif, le malade, sans être exposé aux causes, ni présenter les symptômes du coryza ni de l'angine, ni de la bronchite, s'aperçoit qu'il ne peut plus faire entendre le même volume de son qu'à l'ordinaire; la voix a perdu de son timbre, cette altération augmente rapidement, en quelques jours elle est arrivée à ce point que lorsqu'il veut forcer la voix, il ne parvient qu'à produire un souffle à peine perceptible à l'oreille. A part l'altération de la sonorité, les autres fonctions de l'appareil vocal demeurent intactes; la prononciation est claire et distincte, la respiration parfaite ; il n'y a ni douleur, ni toux, ni dyspnée, ni fièvre (1). »

L'érythème syphilitique du larynx a une marche plus lente que celle des phlegmasies communes de cet organe. Il a une terminaison toujours heureuse, contrairement aux affections plus profondes. Cette manifestation ne présente en général, même à l'examen laryngoscopique, aucun caractère spécifique, et ainsi la sûreté de son diagnostic repose, avant tout, sur la connaissance des affections antérieures et concomitantes. Ajoutons que les laryngites franchement

(1) *Gaz. méd. de Lyon*, n° 2, 1860. Note sur une forme peu connue d'aphonie syphilitique.

inflammatoires se distinguent facilement par l'état fébrile qui les accompagne, tandis que les laryngites chroniques les plus fréquentes, effets, soit d'excès alcooliques, soit d'une diathèse tuberculeuse ou dartreuse, ont pour élément de diagnostic, dans un cas, les antécédents spéciaux du malade, dans l'autre les manifestations diathésiques concomitantes de l'affection laryngée.

d. *Membrane muqueuse des bronches.* — Des auteurs d'une grande autorité s'accordent à reconnaître l'existence d'une bronchite syphilitique secondaire. Stokes (1) prétend que la bronchite syphilitique se montre sous la forme aiguë et sous la forme chronique. Dans la première circonstance, elle est analogue aux irritations bronchiques des exanthèmes, tandis que dans la seconde il y a une irritation chronique qui, venant à se combiner avec la cachexie syphilitique, ressemble parfaitement à la phthisie. La forme aiguë, la seule dont nous ayons à nous occuper ici, s'observe après un temps plus ou moins long à la suite de l'infection; le malade présente de la fièvre avec tous les symptômes d'une irritation bronchique, et, après quelques jours, une éruption confluente de taches d'un rouge brun apparaît sur la peau, et l'affection interne se dissipe souvent complétement. Byrne, médecin de Lock-Hospital (hospice des vénériens de Londres), dit avoir vu fréquemment des malades qui, entrés à l'hôpital après une première infection, étaient pris d'une bronchite intense avec fièvre. L'invasion était subite, et l'incommodité parfois si grande qu'une saignée devenait nécessaire. On voyait presque aussitôt survenir une éruption abondante, ayant tous les caractères du lichen et de l'affection squameuse : la bronchite cessait à ce moment. Graves (2) ne sait pas au juste quelle est la partie du poumon qui subit en pareil cas l'influence du virus syphilitique; mais il pense que c'est plus particulièrement la muqueuse bronchique, bien que la syphilis puisse, à l'exemple de la scarlatine et de la rougeole, produire quelquefois la pneumonie.

Tel est l'état des connaissances relatives à la bronchite syphilitique secondaire. Observée à peu près uniquement en Angleterre, cette manifestation de la syphilis a été jusqu'ici l'objet d'une étude trop incomplète pour qu'il soit possible de l'admettre sans réserve. Je dois avouer cependant que j'ai vu survenir et se développer tous les signes

(1) *Diseases of the chest*, p. 93. London.

(2) *Clinical Medicine*, Dublin, 1843, p. 246.

d'une inflammation subaiguë des bronches, y compris la dyspnée, chez une jeune personne qui, quelques jours plus tard, fut atteinte d'une éruption manifestement syphilitique. Mais ce fait isolé, bien que comparable à ceux des médecins anglais, ne peut autoriser à regarder comme certaine l'existence d'un énanthème syphilitique de la trachée et des bronches.

B. SYPHILIDES ULCÉREUSES SUPERFICIELLES DES MUQUEUSES.

Sous cette dénomination nous comprenons toutes les affections syphilitiques du tégument interne qui, à un moment donné de leur évolution, se traduisent par des ulcérations multiples et superficielles. Ordinairement contemporaines des éruptions exanthématiques, ces manifestations débutent par des lésions élémentaires en tout comparables aux papules ou aux pustules ci-dessus étudiées. La membrane muqueuse de la conjonctive est bien placée pour nous permettre de saisir ce rapprochement. Là, en effet, nous pouvons suivre les différentes phases que subit l'altération.

Suivant Lawrence (1), les paupières peuvent devenir le siége d'ulcérations syphilitiques qui, tantôt, à la façon d'un orgelet, débutent par une petite dureté au niveau du bord ciliaire pour de là s'étendre sur l'une ou l'autre des surfaces cutanée ou muqueuse, et qui tantôt apparaissent sous forme d'une pustule à l'angle externe de l'œil. Toutefois, lorsque l'on consulte les faits rapportés par cet auteur, on voit qu'il n'en est qu'un petit nombre où les lésions soient susceptibles d'être sûrement rattachées à la période secondaire; mais, néanmoins, les éruptions secondaires des paupières ne peuvent être mises en doute. Les éruptions de la conjonctive oculaire ne peuvent pas non plus être contestées, malgré leur rareté, qui est telle, d'après John France (2), qu'il n'en a été observé que trois cas, pendant l'espace de seize années, dans l'un des plus grands établissements hospitaliers de Londres. Ces éruptions, dans quatre cas rapportés par l'auteur précité, se traduisaient par de petites taches circonscrites, saillantes, non vasculaires, et d'un gris rougeâtre, jaunâtre ou cuivré, sans différence tranchée avec les éruptions cutanées concomitantes.

(1) Sur les éruptions syphilitiques de la conjonctive, dans *Guy's hospital Reports*, t. VII, 109, 1861.

(2) *A Treatise on the Venereal diseases of the Eye*, London, 1830, et *Arch. gén. de méd.*, t. XXIX, p. 554, 1832.

Les narines, la langue, les piliers antérieurs du voile palatin, les amygdales et la surface interne du pharynx, tel est le siége le plus habituel des éruptions, qui finissent en ulcérant la membrane muqueuse. Les ulcérations de la langue occupent la pointe et les bords, de préférence à la face supérieure; elles ont l'aspect de petits points jaunâtres disséminés, qui peuvent causer aux malades un picotement très-incommode. Elles succèdent parfois aux plaques muqueuses, et il est assez difficile, dans certains cas où elles se montrent sous forme de fissures, de les distinguer sûrement de ces dernières déterminations morbides.

Connus de Hunter, qui les désignait sous le nom d'excoriations ulcéreuses et les regardait comme étrangers à la syphilis, les ulcères superficiels du pharynx furent confondus par Babington avec les plaques muqueuses. Envisagés à leur véritable point de vue par Baumès et Cazenave, ils ont été bien étudiés par Martellière. Nombreux au niveau du voile du palais et de ses piliers, ils sont précédés quelquefois d'un érythème uniforme avec sécheresse et douleur au moment de la déglutition (1). Ils se montrent à leur début sous la forme de petites saillies qui paraissent n'être que des glandules augmentées de volume. A ces saillies succèdent bientôt des ulcérations entourées d'une aréole d'un rouge foncé et recouvertes d'une matière jaunâtre pultacée. Superficiels, arrondis ou sous forme de fissure allongée, ces ulcères ont un fond grisâtre ou blafard couvert de bourgeons aplatis. Ordinairement douloureux au contact des corps étrangers, ils donnent une sensation continue de chaleur et de cuisson, plus intense le soir (Martellière). Baumès les compare pour leur aspect et leur forme irrégulière à une brûlure du premier ou du second degré. Lorsqu'ils approchent de la guérison, l'aréole inflammatoire pâlit, l'épithélium se reforme des bords vers le centre, et ils s'effacent sans laisser d'autres traces qu'une teinte brunâtre ou grisâtre, qui persiste un certain temps à leur place avant que la muqueuse revienne complétement à son état normal.

Les aphthes, la stomatite et l'angine mercurielles sont les affections qui se rapprochent le plus des ulcérations secondaires de la muqueuse bucco-pharyngée. Les aphthes, dont l'analogie avec les affections vésiculeuses de la peau est telle qu'elle a conduit Bateman à comparer ces lésions à l'eczéma, forment de petites élevures blanches

(1) Comparez : Rufz, *de l'angine syphilitique*, *Journ. hebdomad.*, t. VIII, 1832.

qui peuvent bien présenter de légères excoriations, mais dont le volume ne dépasse pas ordinairement celui d'une grosse tête d'épingle. Leur durée d'ailleurs est courte, et leur guérison toujours rapide. La stomatite mercurielle, par l'odeur qu'elle exhale et le gonflement des gencives auquel elle donne lieu, ne peut guère prêter à l'erreur. On ne saurait en dire autant de l'angine mercurielle, affection rare sans aucun doute et qui est généralement rejetée, mais à tort.

Dans un mémoire sur les maladies produites par le mercure, Colson (1) décrit déjà des ulcères mercuriels du pharynx dont les caractères se rapprochent de ceux des ulcères syphilitiques. G.-L. Dietrich (2) n'hésite pas à admettre l'existence d'une pharyngite mercurielle caractérisée par une rougeur violacée disposée par plaques isolées avec une apparence de taches sombres, et où l'on voit, parsemés çà et là, des points jaunes, pisiformes, un peu élevés, dus au développement des follicules muqueux. Mais, malgré la légitime autorité de ces auteurs et de plusieurs autres que je pourrais citer, le doute règne encore au sujet de l'angine mercurielle. Cependant le fait suivant, que j'ai observé avec mon savant maître, le docteur Hérard, ne me paraît pas propre à justifier l'opinion de ceux qui refusent au mercure toute action sur la membrane muqueuse du pharynx. Il peut servir, du reste, à faire connaître les différences symptomatiques qui séparent l'angine mercurielle de l'angine syphilitique.

Angine et stomatite mercurielles. Gale.

Obs. XI. — P......, chapelier, âgé de 18 ans, entre dans le service de M. Hérard, n° 14 de la salle Sainte-Jeanne (Hôtel-Dieu), le 3 juin 1864. C'est un jeune homme brun, lymphatique, de petite taille, mais ordinairement bien portant. Son père a succombé à une maladie du péritoine. Sa mère et quatre sœurs sont bien portantes. — Il y a trois mois, P... s'aperçoit qu'il porte à la partie inférieure de la muqueuse de la verge une petite ulcération qui disparaît au bout de trois mois environ; aujourd'hui cette ulcération est remplacée par une cicatrice qui n'est ni *indurée*, ni *déprimée*, ni *colorée*. L'absence de ces trois caractères et la courte durée de l'ulcère portent déjà à croire qu'il ne s'agissait pas là d'un chancre induré.

Toutefois, à l'occasion de son ulcération, P... consulta un pharmacien qui fit panser la plaie avec une pommade et donna des pilules à l'intérieur. Le malade en prit 40, et il avait cessé ce traitement depuis quelques jours,

(1) *Journ. hebdomad.*, 1831, p. 36.

(2) *Die Mercurial Krankheiten*, p. 267 et suiv. Leipsig, 1837; et Martellière, *loc. cit.*, p. 64.

lorsque se manifesta dans la gorge et la bouche une affection, laquelle, au moment de l'entrée à l'hôpital, datait de trois semaines et se traduisait par les symptômes suivants : odeur fétide de l'haleine, gonflement douloureux des gencives ; sur la paroi buccale gauche exsudation jaunâtre de l'étendue d'une pièce de un franc ; exsudations de même nature sur les amygdales, surtout à droite. Adénopathies multiples sous-maxillaires. Un gargarisme avec 4 grammes de chlorate de potasse prescrit par M. Hérard est continué les jours suivants.

Bientôt les concrétions pseudo-membraneuses se détachent, et on aperçoit alors trois ulcérations peu profondes et de l'étendue de 1 cent. environ l'une siége à la partie postérieure de la langue, l'autre sur l'amygdale droite, la troisième surla paroi buccale gauche, celle-ci n'est pas encore complétement débarrassée de sa concrétion pseudo-membraneuse. L'amélioration à partir de ce moment est on ne peut plus rapide sous l'influence du chlorate de potasse, au point que le malade sort presque complétement guéri, le 13 juin. — Je dirai, en passant, que ce malade avait la gale et qu'il en fut débarrassé en un jour par des frictions au savon noir et à la pommade d'Helmerich et quelques bains sulfureux.

La muqueuse laryngée n'est pas entièrement à l'abri des ulcérations syphilitiques en question. Celles-ci succèdent à une éruption papuleuse, et n'arrivent, en général, au larynx qu'après avoir envahi précédemment les amygdales, le voile du palais et l'isthme du gosier. Elles débutent plus rarement par le larynx, et alors on y aperçoit des papules d'un aspect grisâtre, limitées par une ligne rouge, le plus souvent exulcérées de manière à revêtir la forme des plaques muqueuses. Leur siége d'élection est à peu près le même que celui de l'érythème, c'est-à-dire la portion sus-glottique du larynx et les cordes vocales supérieures et inférieures. Au niveau de ces dernières parties, on constate une légère tuméfaction, en même temps qu'un épaississement plus ou moins marqué des bords de l'épiglotte. L'enrouement, la raucité de la voix, une toux peu violente, sont les principaux symptômes qui correspondent à ces ulcérations; mais comme ces symptômes ne diffèrent pas notablement de ceux de l'érythème syphilitique, il en résulte qu'il est parfois difficile de séparer ces deux lésions, ce qui heureusement importe assez peu et pour le pronostic et pour les indications thérapeutiques.

PLAQUES MUQUEUSES.

SYNONYMIE : Syphilide pustuleuse humide (Bassereau). — Pustules plates. — Pustules muqueuses. — Papules humides. — Tubercules plats. — *Pustulæ fœdæ ani.*

La description exacte de ces accidents est de date toute récente;

ce qui peut s'y rapporter dans les écrits des syphilographes du quinzième et du seizième siècle ne se distingue, du reste, qu'avec difficulté. Cependant il est bien permis de penser qu'il s'agit de ces éruptions dans ce passage de N. Massa, relatif aux pustules : « Apparent rubeæ, elevatæ, magnæ, humidæ et tumidæ (1).» G. Fallope (2) et Forestus (3) signalent aussi ces effets de la syphilis, dont Ricord (4), Legendre (5), Davasse et Deville (6), Bassereau, Bazin, etc., ont donné récemment une description qui laisse peu à désirer.

Manifestations tout à fait particulières à la syphilis, les plaques muqueuses sont de plus l'un des premiers symptômes de cette maladie ; mais, en raison de leurs nombreuses récidives, elles peuvent être l'un des derniers accidents de la période d'éruption générale. C'est pourquoi nous avons pensé qu'elles avaient ici leur place. Du reste, il est rare qu'elles soient isolées et qu'elles ne coexistent pas avec une des syphilides superficielles hâtives (7).

Lésions éminemment contagieuses, ces accidents sont caractérisés par des élevures de la peau ou des membranes muqueuses, dont les bords sont nettement circonscrits et la surface plus ou moins humide et blanchâtre. Leur forme est celle d'une grosse papule ou d'un tubercule aplati, circulaire, ovoïde ou ellipsoïde. D'une coloration blanche, rosée ou violacée, ils n'ont jamais la teinte particulière ou même caractéristique des éruptions cutanées. Leur surface, plus ou moins saillante, est sèche ou plus souvent humide, par suite de la sécrétion d'un liquide sale, fétide, qui est pour les parties voisines un agent tellement irritant qu'il provoque parfois le développement de nombreuses végétations (8). Leur consistance est ordinairement molle,

(1) Nicolas Massa, *Aphrodisiacus*.

(2) Gabriel Fallope, *Aphrodisiacus*.

(3) Forestus, *De lue venerea*, t. XXXII, obs. XXI.

(4) Ricord, *Notes à Hunter*, p. 573.

(5) Thèse de Paris, 1841.

(6) Davasse et Deville, *Archiv. génér. de médecine*, oct. 1845.

(7) Les papules humides ont été trouvées par Bassereau sur :

198	cas de syphilide	érythémateuse	88 fois.
50	—	papuleuse sèche	14 —
12	—	vésiculeuse	4 —
71	—	pustuleuse	37 —
54	—	tuberculeuse	»» —

(8) D'autres causes d'irritation, par exemple les sécrétions muqueuses des femmes enceintes, peuvent développer ces mêmes végétations. Voyez Thibierge, *Archives de médecine*, mai 1856.

et ce n'est que rarement qu'ils sont accompagnés de douleur et de prurit.

Leur développement s'opère spontanément à la surface des tissus sains, ou par suite de la transformation *in situ* d'un ulcère chancreux (Davasse et Deville). Dans le premier cas, paraît d'abord un point rouge dû à la congestion de la peau ou de la membrane muqueuse. Peu à peu ce point s'étale circulairement, l'épiderme qui le recouvre est soulevé par une petite quantité de sérosité, mais bientôt la lamelle épithéliale se déchirant, une surface d'un rouge vif, entourée parfois d'une collerette blanchâtre, est ainsi mise à nu et ne tarde pas à se couvrir d'une pellicule blanche grisâtre et humide. Dans le second cas la surface grisâtre et souvent déprimée du chancre devient rouge, granulée et saillante de la circonférence au centre. Puis au moment où les bourgeons rouges du centre annoncent que la cicatrice va se former sur toute la surface, on voit apparaître la sécrétion plastique blanche qui caractérise la papule humide. Quelquefois le bourgeonnement marche si vite que la cicatrisation n'est pas commencée à la circonférence du chancre quand la sécrétion plastique se produit sur toute la surface; alors la papule humide se trouve brusquement limitée par un liséré déchiqueté (Davasse et Deville). La condition de cette transformation c'est que l'ulcère soit dans un état continuel d'humidité, ce qui arrive lorsqu'il y a frottement ou contact de la partie qui en est le siége avec une autre partie.

Les tubercules muqueux se montrent sous des aspects variés. A la peau suivant que la surface est sèche ou humide, ce sont : des plaques recouvertes d'une croûte jaune transparente, quelquefois déprimée en godet et entourée par un bourrelet qui paraît les enchâsser (Bazin); des saillies mamelonnées humides, condylomes plats, enfin des fissures plus ou moins allongées. A la surface des muqueuses, les papules humides sont en général peu ou pas saillantes, recouvertes d'une pellicule blanchâtre en tous points semblable à l'escarre légère produite par la cautérisation avec le nitrate d'argent. Ces papules, qui ont reçu le nom de plaques opalines, sont entourées d'une muqueuse saine ou d'un rouge foncé qui leur forme une sorte d'auréole inflammatoire. Partout où s'exercent des frottements, la pellicule blanchâtre opaline disparaît, et alors les plaques muqueuses deviennent saignantes, s'érodent, s'ulcèrent ou

se couvrent de plaques diphthéritiques; de là des différences symptomatiques qu'il importe de connaître.

Siége des plaques muqueuses. — Les plaques muqueuses peuvent envahir les diverses régions du corps, mais la région génito-anale est, chez l'adulte, leur siége de prédilection. Après la vulve et l'anus on les trouve le plus souvent à la partie interne et supérieure des cuisses, sur les amygdales, dans la bouche, sur les lèvres, dans les espaces interdigitaux, aux mamelles (chez les femmes), dans les aines, au pourtour des oreilles. Il est à remarquer d'une façon générale qu'elles occupent de préférence les membranes muqueuses qui subissent l'influence de l'air et les parties de la peau exposées par leur contact à un certain degré de chaleur et d'humidité. Ordinairement multiples, elles se rencontrent chez l'homme et chez la femme, mais plus souvent chez celle-ci, sans doute à cause de la conformation spéciale de ses organes génitaux. Dans l'un et l'autre sexe elles ont des siéges divers d'élection.

Davasse et Deville, sur 186 femmes, ont trouvé :

Plaques muqueuses	siégeant	à la vulve	174	fois.
—	—	à l'anus	59	—
—	—	au périnée	49	—
—	—	aux fesses et à la partie supérieure et intérieure des cuisses	38	—
—	—	aux amygdales	19	—
—	—	au nez	8	—
—	—	à la langue	6	—
—	—	aux orteils	5	—
—	—	à la face	5	—
—	—	à l'ombilic	3	—
—	—	au pourtour des ongles	2	—
—	—	aux oreilles, au voile du palais	2	—
—	—	au pli inguinal	2	—
—	—	au cou, au mamelon, au col de l'utérus	1	—

Une statistique de Bassereau donne la distribution suivante chez l'homme :

Plaques muqueuses	siégeant	à l'anus	110	fois.
—	—	sur les amygdales	100	—
—	—	sur le scrotum	60	—
—	—	à la bouche, sur les lèvres	55	—
—	—	sur le gland et la face interne du prépuce	28	—

Plaques muqueuses siégeant	sur les piliers du voile du palais, la langue et la face interne des joues.	73	fois.
— —	dans les espaces interdigitaux des pieds..........	11	—
— —	au pli scroto-crural..............	5	—
— —	à l'orifice des narines............	2	—
— —	sur la paroi postérieure du pharynx................	2	—
— —	à l'insertion d'un ongle du pied....	2	—
— —	au méat urinaire, sous l'aisselle, sur la gencive, à la face interne des cuisses.........................	4	—

Des caractères assez particuliers répondent à ces différences de siége. Ainsi, à la peau, les plaques sèches s'observent principalement là où il n'y a pas contact de deux surfaces, tandis que les papules humides se rencontrent dans les régions, telles que le scrotum, où la peau est mince et soumise à des frottements. Les fissures enfin occupent de préférence les replis cutanés et en particulier ceux qui avoisinent l'anus. Dans cette dernière région les plaques muqueuses sont parfois nombreuses, larges et saillantes au point de former un bourrelet qui peut obturer plus ou moins l'orifice anal et gêner la défécation par les douleurs que détermine sa présence.

Les plaques muqueuses du tégument interne sont, à la vulve, larges, aplaties, granuleuses, recouvertes d'une exsudation blanchâtre abondante qui répand une odeur fétide repoussante ; elles occupent presque toujours les deux faces correspondantes des grandes lèvres, cachant quelquefois au milieu d'elles l'accident primitif. Au contact de leur produit de sécrétion se développe sur les parties voisines et principalement à la face interne et supérieure des cuisses une rougeur érythémateuse qui est elle-même le point de départ d'une nouvelle éruption de tubercules muqueux. A la surface du col utérin, elles se présentent sous forme d'érosions arrondies, dont la surface d'un rouge vif sécrète une matière muco-purulente ténue pouvant faire croire à un écoulement blennorrhagique en dehors de l'intervention du speculum. Assez rares à la surface du gland et du prépuce, elles ont le plus souvent la forme d'érosions superficielles arrondies ou ovales et d'un rouge très-vif, qui sécrètent une humeur muco-purulente et se recouvrent d'une exsudation plus ou moins abondante.

Dans la bouche, les caractères des plaques muqueuses varient avec l'époque à laquelle on les examine. Simples taches arrondies dès

l'abord, elles sont d'un violet foncé, mais bientôt l'épithélium détruit se trouve remplacé par une sorte de fausse membrane molle et jaunâtre; plus tard, ulcérées dans une partie de leur étendue, elles présentent des bords irréguliers, une surface inégale, parsemée de granulations fines et abondantes. Dans ces conditions, le mouvement des lèvres est gêné, l'introduction des aliments cause une ardeur continuelle dans toute la cavité buccale. Très-fréquent au niveau des lèvres chez les fumeurs qui font usage de la pipe, cet accident commence par une tache semblable à celle que produit le nitrate d'argent; peu à peu cette tache s'entoure d'une aréole violacée au centre de laquelle on constate bientôt une érosion résultant de la fonte de l'épithélium. Les papules muqueuses de la langue se montrent de préférence sur la face supérieure et le long des bords; elles débutent par des plaques violacées arrondies ou ovales à grand diamètre antéro-postérieur, elles sont lisses et déprimées, mais, abandonnées à elles-mêmes, elles se recouvrent de granulations, atteignent le niveau des parties saines et finissent par le dépasser en faisant quelquefois une saillie arrondie en forme de tête de clou. Là aussi elles se montrent quelquefois sous forme de fissures. Au voile du palais et sur les amygdales, ces mêmes accidents, qui gênent plus ou moins les mouvements de déglutition, revêtent à une certaine période une teinte cendrée ou blanchâtre, se recouvrent enfin d'une sorte de pseudo-membrane jaunâtre au-dessous de laquelle on trouve souvent une légère érosion. En même temps, les amygdales sont le plus souvent tuméfiées, et les ganglions sous-maxillaires correspondants sont le siége d'une modification jusqu'à un certain point subordonnée aux diverses phases d'évolution des plaques muqueuses.

La membrane muqueuse des voies respiratoires n'échappe pas tout entière à cet ordre d'altérations. Des plaques muqueuses ont été vues à la surface interne du larynx, au niveau de la partie sus-glottique et des cordes vocales supérieures ou inférieures. Cinq fois sur seize cas, Cusco a signalé la présence de ces lésions, quatre fois à la partie interne des cartilages aryténoïdes, une seule fois à leur sommet (Dance, *loc. cit.*, p. 28). Une légère tuméfaction avec changement de coloration indiquait leur présence. Plus rarement on voit les plaques muqueuses affecter les organes des sens.

A l'oreille, elles siégent ordinairement en arrière de la conque ou en avant du lobule, quelquefois dans le conduit auditif externe. Leurs

caractères sont du reste ceux que nous avons assignés aux plaques muqueuses en général.

Au nez, les plaques muqueuses occupent l'entrée des narines, et le plus souvent leur angle externe, où elles constituent un bourrelet en forme de croissant, qui, à l'exemple du tubercule muqueux des commissures labiales, peut se fendiller et même se recouvrir de croûtes. On les retrouve encore à l'aide du laryngoscope à la partie postérieure des fosses nasales. Un coryza fétide est le signe de cette lésion, et lorsqu'à ce coryza vient se joindre du larmoiement, c'est que la maladie a envahi le canal nasal. Enfin on a vu dans quelques cas des plaques muqueuses occuper les angles palpébraux et s'étendre même jusque sur la conjonctive; leur aspect n'a encore ici rien de particulier.

Quel que soit leur siége, les plaques muqueuses peuvent réagir sur les ganglions voisins, et en amener la suppuration par suite de la résorption qui s'opère à leur surface. Toutefois il ne faut pas oublier que souvent les adénopathies précèdent l'apparition des tubercules plats. La fièvre qui les accompagne ou les précède peut dans certains cas, chez les femmes malpropres surtout, être la conséquence d'une infection secondaire que révèlent des *frissons* plus ou moins violents.

La marche des tubercules muqueux est chronique, malgré certains phénomènes d'apparence aiguë. La durée de leurs éruptions successives est de plusieurs mois, mais elle peut être d'une année si l'affection est abandonnée à elle-même. En tout cas un traitement général ou même de simples soins de propreté en ont rapidement raison. La résolution est leur terminaison la plus ordinaire; à mesure qu'elle s'opère, ces accidents cessent de sécréter, et souvent il arrive que les parties centrales s'affaissent avant les bords, et finissent par ne plus présenter que des segments de cercles plus ou moins complets. Enfin, ces tubercules s'effacent sans laisser de cicatrices durables, mais parfois seulement un relief qui peu à peu disparaît totalement.

Les plaques muqueuses sont sujettes à récidives; celles de la bouche et de la langue, tout à fait remarquables à cet égard, se représentent quelquefois plusieurs années après la disparition du chancre. J'en ai vu qui se montraient trois ans après l'accident primitif. Elles constituent en pareil cas l'un des meilleurs signes indicateurs de l'âge réel de la syphilis; tant qu'elles existent, en effet, on peut affirmer que cette maladie n'est pas encore arrivée à sa dernière phase.

Diagnostic et Pronostic. — Les caractères objectifs de la plaque muqueuse et surtout sa consistance molle, sa surface humide recouverte d'une pellicule blanchâtre, permettent d'en établir facilement le diagnostic. Du reste, il n'est guère facile de confondre cette lésion avec les ulcérations chancreuses. Le chancre mou, en effet, n'est pas saillant, il est taillé à pic et le pus qu'il sécrète est inoculable au malade qui le porte. Le chancre infectant est taillé à l'évidoir, il présente une induration chondroïde caractéristique, il a pour satellite constant une adénopathie indolente, ferme et mobile. L'herpes præputialis, qu'on pourrait prendre pour des plaques muqueuses ulcérées du gland, se distingue par le groupement d'ulcères toujours précédés de vésicules. L'eczéma, d'une autre part, diffère des tubercules muqueux de l'anus par l'absence de saillies, la présence de croûtes jaunâtres ou de squames grisâtres sur une surface rouge suintante.

La difficulté du diagnostic des plaques muqueuses est surtout dans la multiplicité du siége, et sous ce rapport il est facile de se représenter les nombreuses erreurs auxquelles ces accidents peuvent donner lieu. Les plaques muqueuses de la bouche et de la face inférieure de la langue, par exemple, celles de la face interne des lèvres qui se montrent pendant des années entières, seraient facilement prises pour des aphthes si on ne tenait compte de leur durée, de leurs caractères objectifs et de la concomitance habituelle des éruptions exanthématiques. Ces dernières circonstances plaideront dans tous les cas en faveur des tubercules muqueux.

Le pronostic de la papule humide est relativement peu grave. Cette affection est, en effet, l'une des manifestations les plus bénignes de la syphilis constitutionnelle. Suivant Bassereau, elle est presque une garantie contre des accidents syphilitiques ultérieurs de nature grave. Si elle a été précédée d'un chancre bénin et si elle est la seule éruption existante, elle indique une faible disposition de l'économie à la production des accidents syphilitiques puisque, l'éruption ne se manifeste que sur les points de la peau les plus prédisposés.

De quelques affections occasionnées ou engendrées par la présence des accidents syphilitiques primitifs ou secondaires. — Végétations. — Hypertrophies glandulaires, etc. — L'ulcère syphilitique primitif et, parmi les accidents de la période d'éruption générale, les plaques muqueuses surtout, modifient dans certains cas, par leur sécrétion, la nutrition des parties qui les avoisinent, au point d'y déterminer des

altérations toutes spéciales. Les plus fréquentes de ces altérations sont les végétations (qu'on nomme encore choux-fleurs, poireaux, fies, crêtes de coq, etc.), sorte d'hypertrophie papillaire qui a son siége habituel chez l'homme sur le gland, chez la femme sur les grandes ou les petites lèvres (1), et qui s'observe encore à la marge de l'anus et dans le larynx (2).

Mais il est un bon nombre d'autres désordres nutritifs sous la dépendance de la même cause : telle est, par exemple, l'hypertrophie des amygdales qui succède à l'angine syphilitique, principalement lorsqu'il existe des plaques muqueuses concomitantes ; tel est l'allongement et l'hypertrophie du prépuce avec rétrécissement de son ouverture, se manifestant après l'apparition d'un chancre ; telle est encore l'hypertrophie des grandes lèvres que l'on observe assez souvent à la suite des chancres ou des plaques muqueuses et qui, lorsqu'elle envahit en même temps les nymphes et quelques-unes des caroncules myrtiformes, peut simuler les diverses formes d'esthiomène de la vulve. Tel serait enfin pour le professeur Gosselin (3), qui a, avec raison, insisté sur la liaison de ces divers accidents avec la syphilis, le rétrécissement dit syphilitique du rectum, affection sur laquelle nous aurons à revenir plus loin. La plupart de ces désordres consistent dans la simple hypertrophie du tissu ou de l'organe influencé par le produit de sécrétion syphilitique, mais de plus ils offrent cette particularité qu'ils se développent sur les téguments aussi bien lorsqu'ils ont été contaminés par le pus blennorrhagique que lorsqu'ils ont été souillés par le pus virulent syphilitique.

§ 3. — Affections viscérales secondaires.

Sous ce titre, nous étudions toutes les manifestations syphilitiques des organes profonds qui, tant par l'époque de leur apparition que par la lésion qui les caractérise, se rapprochent des syphilides exanthématiques ou énanthématiques, et qui pour ce motif méritent d'être rattachées à la période secondaire. Aucun organe, avons-nous dit, n'est complétement à l'abri des poussées congestives de cette période,

(1) Costilhes et Boys de Loury, *Rem. pratiq. sur les végét. Gaz. méd.*, p. 314, 1849.

(2) Huguier, *Gaz. des hôpitaux*, 1859. — Turck, *Recherches sur les maladies du larynx*. Paris, 1862.

(3) *Archiv. gén. de médecine*, p. 685, déc. 1854.

mais tous n'y sont pas également exposés; quelques-uns seulement sont l'objet d'une prédilection plus particulière; de ce nombre sont les glandes lymphatiques superficielles, le foie, quelques-uns des organes de la locomotion et des sensations spéciales, etc.

Nous allons successivement passer en revue ces premières lésions viscérales que nous grouperons sous trois chefs :

Lésions des ganglions lymphatiques et du foie, adénopathies et ictère secondaires;

Lésions du système locomoteur;

Lésions du système nerveux et des organes des sens.

A. ADÉNOPATHIES ET ICTÈRE SYPHILITIQUES SECONDAIRES.

a. *Adénopathies secondaires.* — De même que la période d'éruption locale, la période d'éruption générale a ses adénopathies particulières; mais tandis que dans la première de ces périodes l'altération reste limitée à la sphère ganglionnaire correspondant au chancre, elle est dans la seconde ordinairement généralisée à plusieurs points du corps.

Déjà modifiés pendant la durée du chancre, les ganglions inguinaux sont encore le plus souvent affectés dans le cours de la syphilis secondaire. Viennent ensuite, par ordre de fréquence, les ganglions cervicaux postérieurs, principalement ceux qui occupent la racine des cheveux, à droite et à gauche de la ligne médiane; les ganglions mastoïdiens ou voisins de l'apophyse mastoïde; plus rarement les ganglions sous-maxillaires, épitrochléens, axillaires, poplités, etc. C'est rarement dès la troisième semaine qui suit l'époque d'apparition de l'accident primitif, mais plutôt vers la cinquième ou la sixième semaine, ou même à partir de la sixième (Ricord), que commence l'envahissement des glandes lymphatiques de ces dernières régions.

La question de savoir si ces adénopathies sont une manifestation directe de l'infection générale ou simplement un symptôme d'une lésion locale du voisinage est depuis longtemps débattue sans avoir encore reçu une solution définitive. Les deux hypothèses sont possibles; comme Ricord et Puche, j'ai trouvé l'induration des ganglions cervico-occipitaux postérieurs et mastoïdiens chez des individus dont le cuir chevelu était parfaitement sain. Chez ces malades, il y avait lieu de croire que l'action morbide avait porté directement sur le système lymphatique; et cette manière de voir me paraît d'ail-

leurs prouvée par ce fait qu'il n'y a le plus souvent aucune relation entre l'adénopathie et l'éruption. A côté de ces cas, il en est d'autres où une influence locale ne peut être méconnue, et dans lesquels il existe bien réellement une liaison intime entre l'adénite et l'éruption qui l'accompagne; mais alors l'adénopathie revêt un cachet inflammatoire plus franchement aigu et se montre avec des caractères différents de ceux qui suivent.

La glande, qui ne présente d'abord qu'une tumeur de la grosseur d'un grain de chènevis, dure et mobile, augmente de volume graduellement et sourdement sans attirer l'attention du malade; une seconde et une troisième glande sont affectées de la même manière. Puis, dès qu'elles ont acquis le volume d'une noisette, ces glandes restent stationnaires, sans amener de troubles pathologiques bien appréciables, à part peut-être la chloro-anémie et dans certains cas la gêne des mouvements et du jeu régulier de quelques organes du voisinage. Ces adénopathies, qui offrent la plus grande analogie avec les bubons symptomatiques du chancre induré, n'acquièrent jamais un grand volume; mobiles, indolentes, multiples, de consistance ferme et élastique, elles conservent ces caractères pendant toute leur durée, à moins de conditions individuelles spéciales (scrofule). La mobilité qui leur est propre n'est pas, toutefois, partout égale; elle est généralement moindre dans les ganglions qui siégent à la racine des cheveux ou dans la région mastoïdienne. Mais c'est là une exception qu'il faut connaître, et dont l'anatomie de ces régions rend parfaitement compte.

En même temps que ces modifications ganglionnaires existent, les vaisseaux lymphatiques sont quelquefois le siége d'une altération spéciale (lymphangite adhésive). Ils donnent au toucher la sensation de petits cordons durs, mobiles, renflés çà et là au niveau des valvules. Bazin (p. 16) qui, l'un des premiers, a signalé ce fait à l'attention des observateurs, insiste avec Sigmund (1) sur la présence de ces lymphites à la partie supérieure et interne des cuisses et des bras, attendu que, dans un cas obscur, leur présence peut devenir un précieux élément de diagnostic.

Les adénopathies et les lymphangites sont des accidents remarquables par une marche lente et une longue durée, rarement elles disparaissent avec l'éruption qu'elles accompagnent. Elles persistent du-

(1) *Revue méd. chirurg. de Paris*, t. 14, p. 176, 1853.

rant des mois ou même des années, du moins chez les individus cachectiques ou scrofuleux et chez les personnes qui ont été atteintes de fièvre intermittente. Les individus jeunes, de bonne constitution, et qui se soumettent à un traitement rationnel, les gardent moins longtemps. En tout cas, leur présence n'est pas à négliger, car elle fixe l'âge ou du moins la période de la maladie. Souvent, en effet, les adénopathies sous-cutanées sont les seuls témoins de la période des accidents secondaires. Plus tard on ne les retrouve plus, ou du moins on ne les voit jamais se présenter avec les mêmes caractères dans le dernier stade de la maladie, car dans la période tertiaire de la syphilis les ganglions superficiels sont affectés d'une façon toute différente.

Les altérations que subissent les glandes lymphatiques dans la scrofulose, la tuberculose et la carcinose, se distinguent facilement de celles qui précèdent. Les adénopathies scrofuleuses, plus volumineuses, moins dures et moins mobiles, forment des groupes plus compactes; il en est de même des adénopathies tuberculeuses, qui d'ailleurs diffèrent par leur siége. Quant aux ganglions cancéreux, on ne les rencontre que dans le voisinage de l'affection cancéreuse, et d'ordinaire ils ne se généralisent pas; lors même qu'ils se généralisent, le dépérissement qu'ils entraînent à leur suite ne peut laisser le diagnostic incertain.

b. *Ictère syphilitique secondaire.* — Paracelse (1) d'abord et plus tard Garnier (2), Astruc, Fabre, Swediaur, Percy, Portal n'hésitèrent pas à admettre l'existence d'un ictère d'origine syphilitique. Le dernier de ces auteurs (3), faisant appel à des observations recueillies dans sa pratique, alla même jusqu'à reconnaître que cet ictère qui, dans certains cas, se montre dès que le mal vénérien a été contracté, survient d'autres fois longtemps après l'apparition des premiers accidents véroliques.

Plus récemment Ricord rapportait deux cas d'ictère en coïncidence avec les premières manifestations de la syphilis; mais ces faits étaient restés lettre morte lorsque, en 1853, Gubler (4) chercha à prouver, par

(1) *Chirurg. Tract.* III, c. I, p. 146, et Gruner, *Aphrodisiacus*, p. 134.

(2) *Nouv. formul. lat. et franç. de l'Hôtel-Dieu de Lyon, avec traité de la vérole*, 1716.

(3) *Observ. sur le traitement et la nature des maladies du foie.* Paris, 1813.

(4) *Mémoire sur l'ictère qui accompagne quelquefois les éruptions syphilitiques précoces* (*Gazette médic. de Paris*, p. 186, 214, 255, 278 ; 1854), et *Mém. de la Soc. de Biologie*, 1re série, t. V, année 1853, p. 235.

des observations rigoureuses, que l'ictère en question était un accident lié à la syphilis constitutionnelle, c'est-à-dire qu'il avait pour cause l'infection syphilitique. Depuis cette époque, deux des élèves de Gubler, Luton (1) et A. Foville (2), ont fourni plusieurs faits à l'appui des idées du maître, et plus tard sont venues de nouvelles observations tendant à confirmer la proposition que l'ictère contemporain de l'exanthème syphilitique est une manifestation de l'état diathésique. Malgré ces faits, le doute règne encore dans quelques esprits. Cependant, il est un point que l'on ne peut contester, c'est l'apparition relativement fréquente d'un ictère particulier au début de la période secondaire de la syphilis. J'ai pu, pour mon compte, observer trois fois ce symptôme, et mon ancien collègue, le docteur Martel, a vu plusieurs cas du même genre chez des femmes affectées de syphilis. La crainte de trop allonger ce travail ne me permettant pas de rapporter tout au long ces divers faits, je les abrégerai autant que possible.

Chancre induré, roséole et ictère.

Obs. XII. — V..., peintre en fleurs, âgé de 19 ans, entre à l'hôpital de la Pitié, salle Saint-Paul, n° 1, le 17 avril 1860.

D'une constitution lymphatique, mais du reste bien portant, ce jeune homme n'a aucune habitude alcoolique; il raconte qu'il contracta autrefois une blennorrhagie; il y a deux mois, il eut un chancre induré, et cinq à six semaines plus tard, apparut une roséole qui, au bout de quatre à cinq jours, fut accompagnée d'ictère; en même temps malaise général, courbature, céphalalgie avec fièvre, douleurs musculaires et articulaires. L'appétit se perd et survient une diarrhée qui dure environ quinze jours; des frissons vagues et irréguliers se manifestent vers le soir. La liqueur de Van Swieten est administrée quatorze jours après le début de l'ictère, mais le malade continue ses occupations et ne suit aucun traitement.

Le 17 avril, la peau offre partout une teinte jaune, un peu verdâtre. Il existe à la région du foie une douleur spontanée intermittente qui est exagérée par la percussion. Le foie est volumineux, son bord inférieur, épais, dépasse le rebord costal. Il n'y a aucune saillie appréciable à la surface de cet organe. L'appétit est presque nul, la diarrhée a cessé; il reste des traces de roséole et des plaques muqueuses à l'anus. — Une cuillerée à bouche de liqueur de Van Swieten à prendre chaque matin.

Rien de particulier durant les premiers jours qui suivirent. Environ douze jours plus tard, la teinte ictérique a notablement diminué. Le 9 mai,

(1) *Monit. des hôpitaux*, 1856, n° 106. — *Ibid.*, 1857, n[os] 60 et 68.
(2) *Gazette hebdomadaire*, 1858, n° 24.

jour de sortie du malade, les conjonctives sont toujours un peu jaunes et la peau n'a pas encore recouvré sa coloration normale; mais le foie a diminué de volume, l'abdomen n'est plus météorisé, le malaise et la courbature ont disparu.

Dans les premiers jours du mois d'août, je revis ce malade, il n'avait plus trace d'ictère, le foie était d'un volume à peu près normal. Depuis peu de temps il avait remarqué l'apparition de nouvelles plaques muqueuses. Je lui prescrivis des pilules de Sédillot, et depuis ce moment je l'ai perdu de vue.

Chancre, syphilide papulo-lenticulaire, angine, ictère secondaire.

Obs. XIII. — La nommée D..., âgée de 18 ans, blanchisseuse, entre à l'hôpital de Lourcine, le 10 avril 1860, salle Saint-Clément, n° 28.

En apparence bien constituée, cette jeune personne a eu vers l'âge de quatre ans des ophthalmies prolongées, et depuis lors une variole confluente et une fièvre typhoïde. Réglée à 15 ans, elle a fait une fausse couche il y a cinq mois. Six semaines avant son entrée à l'hôpital, quelque temps après avoir senti de la douleur en urinant, et lorsqu'elle s'était aperçue de la présence d'un bouton sur l'une des lèvres, elle fut prise de maux de gorge et vit bientôt apparaître une éruption qui ne tarda pas à envahir toute la surface cutanée. En même temps elle fut atteinte d'une courbature et d'un malaise général, de céphalalgie et de fièvre.

Le 11 avril, facies fatigué, érythème papulo-lenticulaire sur tout le corps et même à la face; légère desquamation au menton. Alopécie, adénite cervicale postérieure; rougeur érythémateuse de la gorge; amygdales tuméfiées, un peu grisâtres; plaques muqueuses sur le lobule de l'oreille gauche. Douleurs profondes à la face interne de la cuisse gauche, au-dessous du pli crural; en ce joint, ganglions inguinaux durs développés en chapelet; ulcération à la grande lèvre gauche.

14 avril. Légère coloration jaune, marquée surtout aux conjonctives et à la peau du visage.

15 avril. Coloration franchement ictérique.

16 avril. Les urines, soumises à l'action de l'acide nitrique, offrent des teintes qui révèlent la présence de la bile.

17 avril. L'ictère se prononce de plus en plus, il est manifeste sur tout le corps; soif vive, appétit presque nul, mais sans nausées ni vomissement. — Le foie déborde les fausses côtes de près de deux travers de doigt. Absence de douleur à la percussion de cet organe. L'éruption toujours très-apparente. Une pilule de proto-iodure de mercure, 2 verres d'eau de Vichy.

19 avril. Les ulcérations et les plaques muqueuses sont colorées en jaune.

25 avril. La malade se plaint des gencives. Pilules avec chlorate de potasse.

26 avril. L'ictère diminue d'intensité, l'éruption pâlit.

1er mai. L'ictère a complétement disparu. — Les ulcérations des grandes lèvres sont cicatrisées.

4 mai. Diarrhée, coliques. Suppression du traitement.

7 mai. Rougeur et gonflement des gencives. — La diarrhée se supprime. On reprend le traitement.

La malade sort plus tard complétement guérie. (Docteur Martel.)

Chez un autre malade, âgé de 21 ans, dont l'observation me fut également communiquée par mon collègue Martel, il survint, peu de temps après la disparition d'un chancre induré avec adénopathies multiples, d'abord des plaques muqueuses, et plus tard un ictère accompagné d'une angine érythémateuse et de troubles digestifs, le tout sans cause occasionnelle appréciable. Deux autres individus observés par moi, âgés l'un de vingt-trois ans et l'autre de vingt-six, ont présenté les symptômes suivants : chancre induré et adénopathies, plaques muqueuses, roséole et ictère, en même temps que : céphalalgie, douleurs épigastriques, perte de l'appétit, nausées et vomituritions. Dans un cas seulement, le foie me parut augmenté de volume. Biermer (1) a vu un fait très-semblable : Une jeune femme de 28 ans contracta un chancre de l'orifice utérin, et bientôt après elle fut atteinte d'ictère et de roséole. Le foie et la rate parurent manifestement indurés et volumineux.

Joints aux observations rapportées par les auteurs précités, ces faits donnent un total de vingt et un cas dans lesquels on a pu constater l'apparition d'un ictère au début de la période secondaire ou dans le cours de cette période et en même temps qu'une nouvelle poussée exanthématique. Dans tous ces cas, non-seulement l'ictère s'est montré à une époque déterminée, mais il a manifesté des allures particulières. Les malades accusaient un malaise général, une sensation de brisement et de courbature, une céphalalgie plus ou moins violente ; ils étaient las, fatigués, sans énergie, sans appétit, tourmentés par des régurgitations et des vomituritions, et souvent sous le coup d'un état fébrile paroxystique. En général, ces divers accidents ont disparu avant la cessation de l'ictère, à part toutefois les troubles digestifs.

La peau n'a jamais présenté la coloration accusée de l'ictère consécutif à un obstacle apporté au cours de la bile; par son intensité un peu variable, cette coloration s'est plutôt rapprochée de celle

(1) *Schweizerische Zeitschrift für Heilkunde*, 1863.

de l'ictère simple. Les urines teintes en rouge jaunâtre contenaient ordinairement une assez faible quantité de matière colorante biliaire; une fois la salive fut colorée. Cet ictère, d'ailleurs, n'a pas eu une longue durée; il n'a jamais persisté au delà de vingt à trente jours. Sa terminaison a toujours été heureuse. En pareil cas, la teinte jaune de la peau modifie nécessairement l'aspect des éruptions cutanées, il arrive même qu'elle en masque certaines formes et principalement les syphilides érythémateuse et maculeuse. C'est là une particularité importante à connaître, si l'on veut ne pas laisser passer inaperçues ces manifestations toujours si nécessaires au diagnostic de l'ictère secondaire, car en dehors de l'éruption et des adénopathies, celui-ci repose à peu près simplement sur la connaissance des antécédents morbides du malade.

Je ne rappellerai pas tous les arguments invoqués par Gubler pour rapporter à la syphilis le symptôme dont il s'agit. Deux circonstances, à notre avis, dans les faits sus-mentionnés, plaident en faveur d'une relation de causalité, ce sont l'absence des causes connues de l'ictère et la coexistence habituelle de cet accident avec les éruptions exanthématiques. Si, en effet, quelques observations font mention d'excès alcooliques, l'influence de ces excès manque dans la majorité des cas, où un traitement mal approprié, et en particulier l'abus des préparations mercurielles, ne peut pas davantage être incriminé. A part un seul fait qui signale une émotion morale un peu vive, tous les autres sont muets sur cette condition étiologique.

Mais faut-il, à l'exemple de Gubler, attribuer l'accident en question à une poussée congestive vers le foie? Pour notre compte, lorsque nous étudions dans leur ensemble les diverses manifestations de la syphilis secondaire, nous n'hésitons pas à partager cette manière de voir fondée principalement sur l'analogie. Cependant nous nous demandons si l'ictère syphilitique secondaire n'est pas quelquefois aussi la conséquence de la compression des canaux biliaires par des ganglions lymphatiques tuméfiés et altérés de la même façon que les ganglions sous-cutanés. Lorsque nous traiterons de la syphilis tertiaire, nous verrons ce mécanisme prouvé par l'autopsie.

La tuméfaction du foie et le mouvement fébrile éveillent bien l'idée d'une hépatite, mais aucun de ces phénomènes n'est constant; et l'état fébrile n'est pas subordonné à l'existence de l'ictère, il est sous la dépendance de la maladie générale. Quant à l'hypothèse

qui ferait provenir l'altération du foie d'une inflammation qui se serait propagée de la muqueuse intestinale à la muqueuse des voies biliaires, elle ne paraît guère soutenable, attendu que les troubles digestifs ne précèdent pas toujours l'affection hépatique, et que la diarrhée est un phénomène relativement rare. D'un autre côté, rien ne démontrant le pouvoir des causes morales, il faut bien se résoudre à accepter l'une ou l'autre des deux théories ci-dessus énoncées, et peut-être toutes les deux.

L'ictère dont il vient d'être question n'est pas le seul accident de ce genre qui ait été rattaché à la syphilis. Sans vouloir parler ici de l'ictère symptomatique des altérations tertiaires du foie, disons que, suivant certains auteurs, l'*ictère grave* ou *typhoïde* peut reconnaître aussi une origine syphilitique. Toutefois, les faits donnés à l'appui de cette manière de voir ne sont ni assez complets ni assez détaillés pour être concluants (1). D'une part, on n'y trouve ni l'enchaînement ni la filiation nécessaire pour établir sûrement une liaison causale entre cette affection et la syphilis. D'autre part, l'altération qu'on y signale est trop différente de celles qui appartiennent généralement à la syphilis pour pouvoir lui être rattachée. Les individus en puissance de syphilis sont évidemment exposés à contracter un ictère à forme grave, mais qui n'est pas pour cela nécessairement syphilitique. Nous ne pouvons donc partager l'opinion de Lebert (2), qui admet plusieurs espèces d'ictère grave dont l'une, entre autres, serait d'origine syphilitique.

B. AFFECTIONS MUSCULAIRES, OSSEUSES ET ARTICULAIRES. — LÉSIONS DES ÉPIDIDYMES ET DES TESTICULES.

a. Les *muscles*, à part les douleurs dont il a déjà été parlé, peuvent, dans le cours des éruptions ci-dessus décrites, être affectés de phénomènes passagers, tels que contracture ou rétraction. Ce sont là des symptômes relativement rares, et que, pour cette raison, nous nous réservons de faire connaître lorsque nous traiterons des productions gommeuses des muscles.

b. Les *os* n'échappent pas toujours aux atteintes de la syphilis se-

(1) Voy. Blachez, *De l'ictère grave*. Thèse de concours d'agrégation. Paris, 1860, p. 62. — Faligan, Thèse de doctorat. Paris, 1863, p. 57.

(2) Virchow's *Archiv für pathologische Anatomie*, 1855.

condaire. Ceux qui sont superficiels, comme les tibias, les clavicules, les os crâniens, y sont le plus exposés ; ils sont affectés de douleurs ordinairement violentes, supportables dans le jour, quelquefois intolérables dans la nuit, et surtout de 9 heures du soir à 4 ou 5 heures du matin, moment où elles produisent l'insomnie et troublent le repos des malades. Peu différentes, quant à leurs caractères, des douleurs de la période qui suit, celles-ci existent sans qu'il soit toujours possible de les rattacher à une lésion matérielle de l'os. Ce n'est pas à dire, toutefois, que les os ne soient pas altérés, car, en présence des modifications concomitantes des systèmes cutané ou muqueux, il y a tout lieu de croire que ces organes ne sont pas, alors, toujours intacts. Bassereau (1), du reste, a pu voir naître une périostose dans ces conditions, où il nous a été possible d'observer deux fois une périostite. Il s'agissait d'individus jeunes et qui étaient dans la période des syphilides exanthématiques ; chez eux apparut, en même temps qu'une légère tuméfaction de la face antéro-supérieure des tibias, une rougeur diffuse accompagnée de douleurs spontanées que la pression parvenait encore à aggraver. Un traitement mercuriel ne tarda pas à avoir raison de ces accidents dont la marche fut d'ailleurs plus rapide que celle que l'on remarque dans les affections plus tardives. Ainsi, modifications passagères du tissu osseux, périostites superficielles et légères, ne laissant à leur suite aucune trace appréciable de leur passage ; tels sont, en somme, les désordres que présente le système osseux pendant le cours de la période d'éruption secondaire. Les mêmes différences anatomiques qui séparent les syphilides superficielles des syphilides profondes distinguent donc aussi les lésions osseuses secondaires des lésions tertiaires ; ces mêmes différences se retrouvent entre les arthropathies de la seconde et de la troisième période, et cette circonstance nous a paru assez importante pour que nous ayons cru devoir scinder la description de ces dernières manifestations.

c. *Arthropathies secondaires.* — Plusieurs auteurs, postérieurs ou même antérieurs à Astruc, avaient bien remarqué que la syphilis pouvait parfois porter ses effets sur certaines articulations, mais aucun d'eux, que je sache, n'avait eu l'idée qu'il pût y avoir quelque différence dans l'affection articulaire, suivant qu'elle coexistait avec les

(1) Voir Observation p. 395 de son livre.

accidents secondaires ou tertiaires. Astruc n'aperçut pas davantage cette différence que Babington, l'un des premiers, sut reconnaître. « Il se présente de temps en temps, quoique rarement, dit cet auteur (1), des cas où l'inflammation de la membrane synoviale des articulations se manifeste en coïncidence avec des symptômes secondaires de caractère non douteux, augmente d'intensité pendant la période d'accroissement de ces symptômes et se dissipe aussitôt que l'éruption cutanée ou l'affection de la gorge est combattue avec succès par l'emploi du mercure. Dans les cas de cette espèce, l'inflammation synoviale se présente sous forme aiguë, et s'accompagne d'une douleur, d'une tension et d'une rougeur superficielle très-intenses, qui suffisent pour la faire distinguer de la forme lente et asthénique de la même affection, que l'on observe fréquemment dans les cas de cachexie générale. » Tout récemment (2), nous avons été conduit, par des observations personnelles, à admettre la même distinction. Deux faits nouveaux, recueillis par nous depuis cette époque, nous ont fourni, sur ce point, les éléments d'une conviction absolue. Voici ces faits, ils sont d'une éloquence qui surpasse tous les raisonnements.

Chancre, plaques muqueuses et roséole, arthropathies, grossesse.

Obs. XIV. — La nommée B....., âgée de 26 ans, couturière, entre le 16 juillet 1864 à l'Hôtel-Dieu. Elle est couchée au nº 14 de la salle Saint-Antoine. Cette fille habite Paris depuis quatre ans, elle est parfaitement bien constituée, elle n'a fait jusqu'alors aucune maladie; ses parents sont aussi très-bien portants.

Elle est enceinte de cinq mois environ; elle a eu ses règles pour la dernière fois le 20 février. Deux mois après la dernière époque menstruelle, elle eut à l'anus d'abord un *seul bouton*, puis un autre, qui tous les deux prirent un volume assez considérable. Avant cette époque, elle dit n'avoir rien eu à la vulve (elle affirme n'avoir eu de rapports qu'avec un seul individu). Le 11 juillet, au matin, elle s'aperçoit d'une éruption constituée par des taches érythémateuses. Elle consulte un médecin qui lui prescrit des pilules. — Enfin, le 16 juillet, elle entre à l'Hôtel-Dieu.

Le lendemain, 17, elle raconte que depuis le 9 juin elle se sent fatiguée, courbaturée. Elle ne peut rester assise. Elle éprouve des douleurs dans les jambes. « J'ai les bras, dit-elle, comme si l'on m'avait battue. » Malgré ce brisement général, pas de céphalée, mais deux plaques muqueuses sur chacune des grandes lèvres; tubercules muqueux à la partie externe des plis cruraux et à l'anus; rien à la gorge; sur toute la paroi abdomi-

(1) Hunter, *Œuvres complètes*, trad. de Richelot, p. 651. Paris, 1840.
(2) Lancereaux, Mémoire communiqué à la Société de chirurgie, sept. 1863.

nale, taches nombreuses, légèrement saillantes, d'un jaune un peu cuivré, de la grandeur d'une pièce de 20 centimes ou un peu moins larges; à peine quelques taches sur les jambes, quelques-unes sur les avant-bras. — Absence d'adénopathies; quelques jours plus tard, un seul ganglion à la racine des cheveux en dehors de l'insertion du muscle trapèze. Douleurs dans un grand nombre de jointures : *deux pilules de Dupuytren.*

Le 27 juillet, les douleurs osseuses et articulaires n'ont subi aucune modification appréciable; les genoux, les articulations tibio-tarsiennes, les coudes, les articulations des doigts et le sternum sont tuméfiés, douloureux. La peau qui les recouvre est rouge sur quelques points, les mouvements sont douloureux, et la malade se trouve dans l'impossibilité de marcher; la douleur toutefois est moins vive que dans la plupart des affections rhumatismales. — L'éruption persiste, les plaques muqueuses se modifient. Plusieurs ganglions dans les aines. — Absence de fièvre.

Du 28 au 30, l'état des articulations n'a pas changé. Douleurs ostéocopes plus vives la nuit que le jour. Roideur des jambes et des jointures. — Insomnie.

Du 30 juillet au 3 août. Légère amélioration du côté des plaques muqueuses. — Épanchement manifeste dans les articulations des genoux, rougeur légère de la peau au niveau de ces articulations.

Le 4 août, l'éruption commence à pâlir.

Le 6, on établit sur les genoux une compression à l'aide de bandes de caoutchouc. Deux jours après, les douleurs ont beaucoup diminué; le 9, elles sont à peine senties, et cela aussi bien dans les genoux que dans les autres articulations.

A dater de cette époque, les plaques muqueuses étant déjà en partie cicatrisées, l'éruption rubéolique s'efface de jour en jour, les articulations, bien moins volumineuses, sont à peine douloureuses dans les mouvements, et la malade sort sur sa demande, le 15 août, à peu près débarrassée des accidents qu'elle présentait, et sans avoir jamais cessé de prendre chaque jour ses deux pilules de Dupuytren.

Chancre induré, syphilide érythémateuse et papuleuse, deux nouveaux chancres, dont l'un est phagédénique, récidive de roséole, fièvre et arthropathies syphilitiques.

Obs. XV. — Le 24 juillet 1863, M. X..., étudiant en médecine, contracte un chancre induré de la couronne du gland, avec une femme chez laquelle il constata peu de temps après une adénite inguinale.

Environ deux mois plus tard, adénopathies inguinales, syphilides érythémateuse et papuleuse, cette dernière principalement localisée à la paume des mains, plaques muqueuses multiples, nombreuses surtout à l'anus. — Pilules de Dupuytren pendant un mois. Bains sulfureux.

En février 1864, nouveau chancre, auquel Cullerier assigne le nom d'ulcère induré, mais qui guérit en dix jours; le malade avait en même temps des plaques muqueuses dans la bouche. Continuation du traitement mercuriel.

En juillet 1864, chancre phagédénique bientôt suivi de bubons suppurés qui ne cèdent pas au traitement abortif (Vésicatoires et badigeonnages à la teinture d'iode), et qui nécessitent l'ouverture par le bistouri ; suppuration longue, cicatrisation lente malgré des soins minutieux.

En novembre 1864, après excès de boissons et de femmes, apparition d'une roséole qui dure au moins trois semaines. — Dans le cours de janvier 1865, malaise, courbature, fatigue, fièvre par moments, bronchite légère et laryngite, en même temps qu'apparaissent des douleurs qui se localisent aux deux poignets. Ceux-ci deviennent bientôt le siége d'un gonflement notable et se recouvrent d'une rougeur disséminée sous *forme de taches*. Les douleurs sont plus violentes la nuit et pendant les mouvements. Le malade les compare volontiers à une sensation de *brisement*. (Proto-iodure de mercure, chaque jour 2 pilules de $0^{gr},025$). Quinze jours de ce traitement font cesser les lésions articulaires, mais celles-ci se manifestent de nouveau un mois et demi plus tard et elles se localisent enfin aux membres supérieurs et principalement aux poignets ; cette fois elles sont plus violentes, mais le gonflement est moindre ; la rougeur articulaire se présente encore sous forme de taches.

Cette seconde poussée articulaire durait depuis cinq à six jours, lorsque le malade, se mettant à l'usage de l'iodure de potassium, 1 gramme par jour, est débarrassé après quatre jours de l'emploi de ce médicament. En avril, il n'existe plus aucun accident. Santé générale bonne.

De ces deux observations nous pourrions rapprocher un cas que nous a dit avoir observé notre savant ami le docteur Charcot, et un autre qui se trouve inséré dans notre Mémoire à la Société de chirurgie. Ces faits, dans lesquels la lésion articulaire, toujours concomitante des éruptions syphilitiques secondaires, a suivi une évolution particulière, ne laissent, à notre avis, aucun doute sur le rapport de causalité qui rattache à la syphilis les désordres pathologiques dont il s'agit ; et la preuve en est que ces manifestations articulaires, auxquelles on avait pu attribuer une origine rhumatismale, n'ont cédé que le jour où, reconnaissant leur véritable nature, on eut recours à une médication antisyphilitique.

Les symptômes propres aux arthropathies de la syphilis secondaire ont une grande ressemblance avec ceux du rhumatisme. Dans les deux maladies, les articulations sont le siége de gonflement, de rougeur et de douleur; mais, avec la syphilis, le gonflement articulaire est, en général, peu considérable, la rubéfaction est moins étendue. La douleur, que les malades comparent volontiers à une sensation de brisure ou de déchirement, est sujette à des exacerbations nocturnes, et peu exaltée par les mouvements. Les genoux,

les poignets, les coudes, les articulations des doigts, étaient isolément ou simultanément lésés dans les faits qui ont passé sous nos yeux. Une fois seulement il y avait de la sérosité épanchée dans l'une des articulations fémoro-tibiales. Rarement une seule articulation était affectée, et ce fait ne doit pas surprendre qui sait que la généralisation des états pathologiques est le propre de la syphilis à ce moment de son existence. Toutefois, si les arthropathies secondaires, de même que les arthropathies rhumatismales, sont multiples, disons qu'elles n'ont pas la mobilité de ces dernières et que leur durée est généralement plus longue, à moins que l'on ne fasse intervenir un traitement spécifique. La fièvre, d'ailleurs, est peu intense avec les localisations articulaires syphilitiques, qui, par là, se distinguent encore des manifestations rhumatismales, comme aussi par leur coexistence avec des adénopathies et des éruptions différentes de celles du rhumatisme.

Le pronostic des arthropathies syphilitiques secondaires est relativement peu sérieux, ce qui résulte de ce que ces affections, n'attaquant que la partie la plus superficielle des surfaces articulaires, ne laissent à leur suite aucun désordre consécutif dans les articulations.

d. *Orchopathies secondaires.* — Les *testicules* peuvent, comme les muscles et les os, subir l'influence de la syphilis secondaire. En effet, les affections syphilitiques de ces organes tantôt accompagnent ou suivent de près les éruptions exanthématiques, tantôt se manifestent à une époque éloignée et beaucoup plus tardive. Vraisemblablement, l'altération morbide n'est pas tout à fait identique dans l'un et l'autre cas; mais, jusqu'ici, aucun fait, à notre connaissance du moins, n'a permis d'étudier les modifications anatomiques qui constituent l'affection secondaire du testicule. Cette affection, quoi qu'il en soit, occupe de préférence l'épididyme, tandis que, plus tard, c'est la glande elle-même qui est tout particulièrement atteinte. Bassereau a vu une fois l'épididymite coïncider avec une syphilide érythémateuse. Dans cinq cas observés par Dron, la tumeur de l'épididyme s'est montrée le plus tôt deux mois après le chancre, le plus tard cinq mois, en moyenne trois mois et demi. Ainsi, les manifestations secondaires du testicule ne peuvent être mises en doute; mais comme ces manifestations sont beaucoup plus rares que celles qui surviennent à une période plus avancée, nous nous proposons de compléter leur étude lorsqu'il sera question de ces dernières.

C. AFFECTIONS NERVEUSES.

Les *névralgies*, et par ce mot nous entendons des douleurs fixes et non les douleurs vagues et erratiques dont il a déjà été question, ne sont pas absolument rares dans le cours de la période secondaire. Les nerfs encéphaliques y sont tout particulièrement prédisposés; aussi les névralgies du front et de la tête sont-elles les plus communes, quoique les autres nerfs ne soient pas toujours exempts de cette affection. Dans tous les cas, ces névralgies n'ont aucun caractère spécifique; elles coexistent fréquemment avec une céphalée opiniâtre, et sont quelquefois intermittentes, ou même périodiques. Les antécédents du malade et les symptômes syphilitiques qui les accompagnent permettent de les rattacher à leur véritable cause, et de leur opposer un traitement efficace.

A cette époque de la syphilis, les *paralysies* ne sont pas fréquentes, celles-là du moins qui se lient à une lésion matérielle des centres nerveux. Parmi les nombreuses observations que renferme notre ouvrage sur les affections nerveuses syphilitiques, il est un seul cas d'hémiplégie syphilitique secondaire, et encore n'indique-t-il aucune lésion cérébrale appréciable. Il s'agit d'un homme jeune affecté d'un impétigo syphilitique, six mois après l'apparition d'un chancre, et qui, presque subitement, est pris d'une hémiplégie droite. L'autopsie ne révèle aucune lésion appréciable à l'œil nu, il n'y a pas d'examen microscopique (1). Notre savant collègue, le docteur E. Vidal, a pu observer un cas assez semblable. L'hémiplégie survint peu de temps après la disparition de la roséole; la guérison ne fut pas tout à fait complète. Le docteur Kuh a rapporté tout récemment (2) un fait qui mérite d'être rapproché des précédents. Une femme âgée de 47 ans vit venir, quatre à cinq semaines après la manifestation d'un écoulement aux parties génitales, une syphilide papulo-squameuse avec adénopathie et alopécie. Quinze jours plus tard, elle éprouva de la céphalalgie, des douleurs dans l'œil droit, avec diminution de la vue de ce même côté, en même temps que survint de la faiblesse des membres inférieurs. Dans l'examen que l'on fit de cette malade, quelques jours plus tard, on constata, outre ces symptômes, une iritis et des condylomes à la région des lèvres. La

(1) Obs. XLVI, p. 173.

(2) *Prager Med. Wochenschr.* 23, 1864; et Schmidt's *Jahrb.* Bd. CXXV, s. 312.

faiblesse du membre inférieur gauche se changea bientôt en une paralysie complète, qui succéda avec la chute de la paupière de l'œil droit à une attaque convulsive. Par suite de l'emploi de l'iodure de potassium, une légère amélioration se manifesta, mais de nouvelles convulsions amenèrent l'apathie, la somnolence, la stertcur et enfin la mort. L'ouverture cadavérique montra une infiltration des méninges de la convexité par un exsudat jaune que l'on retrouva encore sous forme de petites masses dans l'épaisseur de la substance des hémisphères. Tels sont, à notre connaissance, les faits de lésions cérébrales secondaires ; maintenant que nous avons indiqué ces faits, nous nous garderons de les commenter. Ils sont trop peu nombreux, en effet, pour autoriser à admettre avec certitude l'existence de manifestations secondaires syphilitiques du côté de l'encéphale.

Une semblable réserve ne peut avoir lieu à l'égard de certaines paralysies locales, qui affectent particulièrement ceux des nerfs encéphaliques qui parcourent les canaux osseux de la base du crâne. Dans ces conditions toutefois, on se demande si la paralysie n'est pas plutôt un effet de l'altération du canal fibro-osseux que de celle du nerf lui-même, s'il ne s'agit pas simplement d'une paralysie indirecte. Le siége même de ces paralysies semble en effet justifier jusqu'à un certain point cette manière de voir.

Bassereau (1) a vu deux cas d'hémiplégie faciale apparaître peu de temps après le début d'une syphilide érythémateuse. Davaine (2) a vu survenir cette affection un mois après les accidents primitifs. Plusieurs faits assez semblables ont été consignés par nous dans un travail antérieur (3). Depuis lors ont été publiés deux nouveaux cas (4) où, comme dans les faits précédents, l'hémiplégie faciale se montra avec une syphilide exanthématique. Enfin nous avons connaissance d'un dernier fait du même genre qui a été communiqué à la Société médicale du 2e arrondissement par le docteur Lefeuvre. Dans tous ces faits, l'hémiplégie faciale, le plus souvent subite, n'était pas tout à fait complète, le muscle orbiculaire des paupières était touché cependant, et l'excitabilité électrique était diminuée. Les symp-

(1) *Traité des affect. de la peau sympt. de la syphilis*, p. 76.

(2) *Comptes rendus de la Société de biologie*, t. IV, p. 169 ; 1852.

(3) Voir Léon Gros et Lancereaux, *Des affect. nerv. syphilitiques*, observ. LXVIII, LXIX, CCLVIII, CCLIX, CCLX et CCLXI.

(4) Langlebert, *Gaz. des hôpitaux*, p. 473; Bahuaud d'Angers, même journal, p. 582 ; 1863.

tômes anamnestiques ou concomitants ont seuls servi à fixer le diagnostic, car aucun signe particulier ne venait révéler l'origine du mal.

Le pronostic des paralysies syphilitiques secondaires n'est pas très-sérieux, même lorsqu'on méconnaît leur liaison avec la syphilis; mais la connaissance de cette liaison permet d'activer la marche de la maladie et d'obtenir une guérison beaucoup plus prompte.

Dans l'étude que nous avons faite des exanthèmes syphilitiques, nous avons dit quelques mots des principales manifestations secondaires des organes de l'olfaction et de l'audition. Nous n'avons pas à revenir sur ce sujet; cependant, pour compléter l'étude des lésions secondaires, nous devons faire connaître les affections fréquentes et trop souvent sérieuses des diverses membranes de l'œil.

AFFECTIONS DES ORGANES DES SENS. — OPHTHALMIES SYPHILITIQUES.

Al. TRAJAN PÉTRONE, De aurium atque oculorum læsione, in Aphrodisiaco, p. 1337. De morbo gallico, lib. VII, cap. VIII. — DUPRÉ, Des affections syphilitiques de l'œil, Thèse de Paris, 1857. — MACKENZIE, Traité pratique des maladies de l'œil. Paris, 1857. — DENONVILLIERS et GOSSELIN, Compendium de chirurgie pratique. Paris, 1855. — DESMARRES, Traité des maladies des yeux. Paris, 1859. — SICHEL, Sur les différentes formes de l'amaurose, et spécialement de l'amaurose syphilitique, *Gaz. méd.*, p. 28 et 29. Paris, 1859. — C. STELLWAG VON CARION, Lehrbuch der praktischen Augenheilkunde. Wien, 1861. — WHARTON JONES, Traité pratique des maladies des yeux, traduct. franç. de Foucher. Paris, 1862. — DEVAL, Amaurose syphilitique, utilité de l'ophthalmoscope, *Union méd.*, t. III, p. 307, 1859. — H. TAYLOR, Sur quelques affections syphilitiques de l'œil, *British med. Journ.*, 1862. Analyse dans *Gaz. méd.*, p. 424, 1863. — MEILHAC, De l'amaurose syphilitique, Thèse de Paris, 1863. — COCCI, Sur l'amaurose syphilitique, *Gaz. méd. Lombarda italiana*, 1864, n° 10.

Dans les premières années de ce siècle, Travers et Lawrence en Angleterre, Beer (1) en Allemagne et Sichel (2) en France étudièrent les lésions syphilitiques des paupières et de l'iris. C'est l'ophthalmoscope qui devait faire découvrir les lésions de la choroïde ; à de Graefe, à Desmarres et à Follin, était particulièrement réservé l'honneur de les bien décrire.

De toutes les manifestations de la syphilis, les affections oculaires

(1) Beer, *Lehre von den Augenkrankheiten*. Wien, 1813-1815.

(2) Sichel, *Gazette des hôpitaux*, 1833, n° 32; *Traité de l'ophthalmie*, etc. 1837, p. 426 à 456; *Journal des connaissances médicales pratiques*, déc. 1840, p. 65 et suiv., janv. 1841, p. 97 et suiv.; *Iconographie ophthalmologique*. Paris, 1853, p. 120.

sont peut-être celles qu'il est le plus difficile de classer. Tantôt elles accompagnent les syphilides exanthématiques, tantôt, apparaissant plus tardivement, elles constituent pour ainsi dire une époque de transition entre les altérations secondaires et les affections tertiaires. En général, elles envahissent l'œil de sa partie antérieure à sa partie postérieure, et sont d'autant mieux circonscrites et plus graves qu'elles surviennent à une période plus éloignée du début de l'accident primitif. A dire vrai, aucune des membranes oculaires n'est à l'abri des atteintes de la syphilis. L'iris et la choroïde y sont les plus exposés, et comme en définitive la localisation morbide se limite le plus souvent à l'une ou à l'autre de ces membranes, il en résulte que nous devons faire l'étude successive des altérations propres à chacune d'elles.

IRITIS SYPHILITIQUE.

Lawrence, On the venereal diseases of the eye. London, 1830. — Velpeau, Dict. en 30 vol., art. Iritis. — Ammon, Iritis séreuse, etc. Annales de la chirurgie franç. et étrangère, 1844, t. X. — Jacob's Treatise on the inflammation of the eyeball. Dublin, 1849. — Ricord, De l'iritis syphilitique; Annales d'oculistique, t. XXXVI. — Ch. Deval, Des affections vénériennes de l'œil, *Gaz. méd.*, p. 2, 1848. — Tavignot, Iritis syphilitique, *Gaz. des hôpit.*, 1848.

Figurée par Beer, Dalrymphe et Sichel, l'iritis syphilitique a été décrite, quant à ses symptômes, par Lawrence, Desmarres, Mackenzie, Wharton Jones et la plupart des ophthalmologistes modernes. L'un des auteurs qui se sont le plus occupés de son étude anatomique, Virchow, reconnaît une iritis superficielle (*peri-iritis*, *iritis serosa*), et une iritis profonde (*iritis parenchymatosa*), dont l'une occasionne des synéchies et des atrésies, tandis que l'autre amène des cicatrices, des épaississements et des rétractions. Le même auteur incline encore à admettre une iritis gommeuse, en sorte qu'on trouverait dans l'iris tous les modes anatomiques qui seront signalés plus tard dans le foie, les testicules et les principaux viscères. En fait, les altérations syphilitiques de l'iris ne présentent pas toujours les mêmes caractères : les unes, plus superficielles et aussi plus étendues, envahissent toute la membrane irienne ; les autres, plus tardives, plus profondes et mieux circonscrites, dépassent à peine dans certains cas les limites du cercle ciliaire. Lorsqu'elles ont leur siége dans l'iris, c'est dans l'épaisseur même de la trame qu'elles se développent pour venir ensuite

éclore à sa surface; mais on a rarement l'occasion d'examiner ces lésions de l'iritis syphilitique que certains auteurs ont comparées aux dépôts gommeux. Cependant, A. Græfe et Colberg (1), ayant extirpé une tumeur syphilitique de l'iris qui menaçait d'amener la fonte purulente de l'œil, trouvèrent que cette tumeur présentait, à l'examen microscopique, tous les caractères assignés par Virchow aux tumeurs gommeuses jeunes. Ce fait qui indique que l'iris est susceptible de devenir le siége de dépôts analogues aux dépôts gommeux, explique sans aucun doute l'existence de ces prétendus abcès de l'iritis syphilitique qui ne sont vraisemblablement que le dernier terme des tubercules gommeux. Ceux-ci, du reste, connus de Beer sous le nom de condylomes, peuvent s'ouvrir dans la chambre antérieure et devenir le point de départ d'un hypopyon, ou bien, mais plus rarement, se faire jour à l'extérieur, après avoir perforé la cornée, ainsi qu'il arrive des gommes du testicule qui vont parfois jusqu'à détruire la tunique vaginale.

L'iritis syphilitique a un début lent, incertain et souvent insidieux. Ses symptômes sont les uns objectifs et les autres subjectifs.

Symptômes objectifs. — Lorsque l'affection est bien déclarée, l'œil est rouge par suite de l'injection des vaisseaux et du cercle périkératique; l'iris, d'abord terne, prend peu à peu une teinte sale, grisâtre, sombre et obscure, qui ne permet plus de voir aussi distinctement le bel arrangement de ses fibres. Quelquefois même on observe à sa surface de petites élevures isolées, d'un rouge brun et que Ricord et Nyman ont pu comparer aux papules syphilitiques, mais qui sont peut-être uniquement formées par des extravasations sanguines. Le bord marginal et plus tard le bord libre sont successivement atteints. Inégal, irrégulier et plus ou moins déformé, ce dernier présente une teinte d'un rouge bleuâtre ou rouillée, qui, ensuite, passe au jaune.

Telle est l'iritis contemporaine des exanthèmes syphilitiques. Dans l'iritis plus tardive, il peut arriver de rencontrer, outre ces changements, la tuméfaction et la décoloration d'un ou plusieurs points de l'iris, puis ces petites tumeurs blanchâtres dont il a été ci-dessus question, et enfin l'inflammation oculaire qui peut en être la conséquence. L'humeur aqueuse s'accumule alors dans les chambres de l'œil, quelquefois même on voit la cornée se troubler et présenter de petits points bruns et on observe les symptômes de la kératite ponctuée.

(1) *Archiv für Ophthalmolog.*, t. VIII, 1re part., 288-296.

Dans ces diverses conditions, les mouvements de l'iris sont lents, difficiles ou même impossibles sous l'influence des excitants, la pupille est plus ou moins rétrécie, anguleuse et déplacée en haut ou en bas; son bord rétracté est parfois adhérent à la capsule du cristallin.

Symptômes subjectifs. — L'un des premiers symptômes, la douleur, légère au début, prend bientôt une intensité plus grande, et se fait sentir non-seulement dans l'œil, mais au pourtour de l'orbite. Continue, elle présente des exacerbations nocturnes plus intenses peut-être dans la période tardive. Le larmoiement, la photophobie sont rares, mais le plus ordinairement la vision est diminuée en raison de la plus ou moins grande obstruction de la pupille. La photopsie n'existe qu'autant que les membranes profondes de l'œil sont simultanément affectées.

Un malaise général, un état fébrile peu intense accompagnent ces symptômes. Les deux yeux peuvent être pris à la fois, principalement si l'iritis est précoce ; mais, en général, ils sont envahis l'un après l'autre. Dans ces conditions, d'ailleurs, les rechutes ne sont pas rares.

La marche de l'iritis syphilitique est lente et la durée relativement longue en l'absence de tout traitement spécifique. La guérison est la terminaison ordinaire de l'iritis hâtive (*iritis serosa*), mais elle n'est pas toujours celle de l'iritis tardive; celle-ci peut laisser à sa suite des synéchies, des déformations de la pupille et un trouble persistant de la vision, en dehors des graves complications dont elle peut être l'origine.

Diagnostic. — La teinte rouillée ou cuivrée du bord libre de l'iris, les déformations plus ou moins anguleuses de l'ouverture pupillaire, et, dans certains cas, la présence de dépôts condylomateux ou tuberculeux; tels sont les signes qui peuvent mettre sur la voie du diagnostic de l'iritis syphilitique; ces signes, toutefois, n'ont de valeur absolue qu'autant qu'il existe en même temps des symptômes de syphilis secondaire, ou du moins des traces d'infection syphilitique.

L'évolution lente, les déformations ou même les perforations qui succèdent parfois aux dépôts syphilitiques de l'iritis, serviront à distinguer ces dépôts des abcès avec lesquels il serait possible de les confondre. Mais c'est avec l'iritis rhumatismale surtout que l'iritis syphilitique présente de grandes analogies symptomatiques. Le tableau suivant, que nous devons à l'obligeance de notre distingué confrère, le docteur A. Desmarres, nous paraît résumer aussi exactement que possible les signes qui différencient ces deux affections.

IRITIS SYPHILITIQUE.	IRITIS RHUMATISMALE.
Pas de symptômes aigus.	Toujours des symptômes aigus.
Lenteur dans le début de la maladie.	Début brusque.
Coloration vert-jaunâtre de l'iris, trouble de la cornée et de l'humeur aqueuse.	Jamais de coloration de l'iris, la cornée et l'humeur aqueuse conservent leur transparence.
Cercle périkératique peu accentué.	Cercle très-accentué.
Synéchies et exsudats pupillaires.	Synéchies rares.
Kératite ponctuée dans la période ultime.	Jamais de kératite ponctuée.
Condylomes iridiens.	Jamais de condylomes.
Peu de photophobie.	Photophobie des plus intenses.
Pas *de larmoiement.*	*Larmoiement abondant.*
Couleur sale de l'œil en général.	L'œil est plus vif, plus brillant.

Le pronostic de l'iritis syphilitique est généralement sérieux. Si, lorsqu'elle est précoce et soigneusement traitée, cette affection se dissipe le plus souvent sans laisser de trace, il n'en est pas toujours ainsi quand elle se trouve abandonnée à elle-même. Dans ces conditions elle peut s'étendre à la choroïde ou à la rétine, et amener la destruction de l'œil. L'iritis syphilitique tardive est une affection dangereuse et qui compromet plus ou moins l'intégrité de la fonction visuelle.

CHOROÏDITE SYPHILITIQUE.

De Græfe, Affections syphilitiques des yeux, Deutsche Klinik, 1858, n° 21, et Archives génér. de médec., 1859, t. I, p. 347. — A. Schulze, De la choroïdite syphilitique, thèse de Paris, 1859. — Bader, Des apparences ophthalmoscopiques de la syphilis secondaire, Ophthalmic hospital Reports, t. I, p. 245, 251, et Annales d'oculistique, t. XLII, p. 163. — X. Galezowski, Observations cliniques sur les maladies des yeux. Paris, 1862. — Rich. Liebreich, Atlas d'ophthalmoscopie. Paris, 1863.

De même que l'iritis, la choroïdite est une affection qu'il n'est pas très-rare de rencontrer dans le cours de la syphilis secondaire. A peine étudiée avant l'application du miroir réflecteur à l'examen des altérations de la vue, elle n'est réellement connue que depuis ces dernières années.

La faible réaction qui accompagne la choroïdite contribue à rendre son début quelquefois incertain ; plus tard elle manifeste comme l'iritis deux ordres de phénomènes, les uns subjectifs, les autres objectifs.

Symptômes subjectifs. — Un trouble visuel léger, une sorte de las-

situde oculaire, une sensation de tension douloureuse peu intense, mais profonde, sont les premiers symptômes qui éveillent l'attention des malades. L'affaiblissement de la vue progresse peu à peu, les objets apparaissent comme à travers un brouillard graduellement épais; quelquefois, mais exceptionnellement, il y a perception de points opaques fixes ou de mouches volantes ; il n'existe de photopsie qu'autant que la rétine est simultanément affectée. La vue, d'abord diminuée, peut être plus tard complétement perdue. La douleur aussi est susceptible de devenir plus intense ou même de présenter des exacerbations nocturnes.

Symptômes objectifs. — Beaucoup plus importants sont les symptômes fournis par l'examen direct et ophthalmoscopique. De longues veines à cours sinueux se montrent sous la surface conjonctivale sclérotidienne, qui, pour la plupart, de même que les muscles droits, convergent vers la cornée, où elles s'anastomosent entre elles pour former des anses ou arcades dont la convexité regarde la circonférence cornéenne. Avec cette injection, la sécrétion lacrymale n'est pas modifiée, les milieux antérieurs de l'œil sont transparents, l'ouverture pupillaire reste normale, à moins d'une iritis concomitante ; la contraction de la membrane irienne est toutefois affaiblie.

A l'ophthalmoscope, le corps vitré est troublé et on y voit flotter parfois des flocons gris et blancs du volume d'une petite tête d'épingle ou sous forme d'une mince toile d'araignée (Bader). Sur le fond de l'œil apparaît la papille, non pas distincte et nette, mais comme à travers un verre dépoli ou un brouillard épais, voilée comme par une gaze, avec des contours confus et en quelque sorte effacés. Sa coloration d'un blanc jaunâtre dans quelques cas l'a fait comparer à certains aspects du soleil dans une atmosphère chargée de vapeurs. Les vaisseaux choroïdiens, injectés dès le début de l'affection (choroïdite congestive), sont fréquemment et plus tard petits, diminués de volume et à peine reconnaissables. La couche pigmentaire peut être modifiée et moins opaque (macération pigmentaire). Enfin on aperçoit, sur le segment postérieur de la choroïde principalement, de petites taches exsudatives blanches entourées d'une auréole d'un brun rougeâtre, légèrement saillantes à leur début, et qui, au rapport de Græfe, seraient fréquemment perçues par les malades, sous forme de scotome central. Regardées par quelques auteurs comme un degré avancé de la choroïdite syphilitique,

ces taches ne constitueraient-elles pas plutôt un mode anatomique spécial? Ce point de vue nous semble légitime, car nous savons que les manifestations syphilitiques, même dans la période secondaire, sont susceptibles de revêtir des formes variées. Quelques auteurs admettent, du reste, plusieurs variétés de choroïdite syphilitique; non-seulement ils reconnaissent une choroïdite congestive et une choroïdite exsudative, mais à cette dernière ils accordent une forme diffuse dans laquelle le fond de l'œil apparaît comme voilé, et une forme circonscrite caractérisée par de petites taches blanches exsudatives.

La choroïdite syphilitique se développe le plus souvent sans iritis, ce qu'il est facile d'expliquer par l'indépendance des deux membranes. Elle occupe un seul œil ou les deux yeux, mais la tendance à la duplicité paraît d'autant moindre que la syphilis est plus avancée en âge, et cela sans doute en vertu de cette même loi générale qui, comme nous le savons, régit déjà les altérations cutanées. Dans quelques cas pourtant, on peut noter la coexistence d'une iritis et d'une choroïdite, tantôt dans le même œil, tantôt dans deux yeux différents. Sur 19 cas observés par Galezowsky à la clinique de Desmarres, 6 fois il y eut une iritis concomitante.

La marche de la choroïdite syphilitique est ordinairement lente; cette affection dure quelquefois des mois entiers pendant le cours desquels elle peut présenter des améliorations et des aggravations successives.

La guérison est la terminaison la plus habituelle de cette affection, pourvu qu'elle soit reconnue et traitée assez tôt. Le corps vitré reprend sa transparence normale, les taches blanches s'effacent, la papille se dégage; il ne reste alors d'autre trace de l'altération choroïdienne que de petites taches pigmentaires disséminées, qui peuvent donner à la rétine un aspect semblable à celui de la peau de léopard. D'autres fois, la vue plus ou moins altérée ne revient qu'en partie, soit qu'il y ait eu lésion concomitante de la rétine ou atrophie consécutive de la papille optique.

Dans ce dernier cas, on conçoit toute la gravité de la choroïdite syphilitique; mais ce résultat appartient en général aux choroïdites tardives et non aux choroïdites hâtives et précoces. Dans tous les cas, on s'explique facilement que le voisinage de la choroïde et de la rétine soit une condition fâcheuse bien capable de rendre le pronostic de la choroïdite plus grave que celui de l'iritis.

Diagnostic. — Pas plus qu'un grand nombre d'autres manifestations, la choroïdite syphilitique n'a de caractères spécifiques absolus, ce qui revient à dire que, pour arriver au diagnostic de cette lésion oculaire, il faut s'aider de la connaissance des antécédents des malades et de toutes les localisations morbides actuellement existantes.

Les flocons du corps vitré et les altérations rétiniennes consécutives à un désordre cérébral sont les affections qu'il est le plus facile de confondre avec la choroïdite syphilitique; or, comme les flocons du corps vitré masquent le fond de l'œil et la pupille dans les cas seulement où le champ pupillaire est étroit, il suffit de dilater la pupille pour faire cesser l'incertitude. Relativement aux flocons du corps vitré qui coïncident avec la choroïdite syphilitique, il est évident que le diagnostic de leur cause sera éclairci par les symptômes de cette dernière affection.

Les altérations secondaires de la rétine survenant dans le cours des affections cérébrales se manifestent, dans le principe, comme la choroïdite syphilitique, par une exagération de la vascularité, et la présence d'une sorte d'œdème ou d'un néoplasme qui rend les contours de la papille optique très-diffus. Ce néoplasme toutefois sous forme de points ou de taches blanches occupe non plus la choroïde le plus souvent intacte, mais la rétine dont il couvre les vaisseaux. Le corps vitré conserve d'ailleurs sa transparence.

RÉTINITE SYPHILITIQUE.

J. Jacobson, Retinitis syphilitica. Kœnigsberg, in Jahresb. Band I, Heft 3, 1859. — Métaxas, De l'exploration de la rétine et des altérations de cette membrane visibles à l'ophthalmoscope, Thèse de Paris, 1861. — Hutchinson et Jackson, Inflammation syphilitique de la rétine, de la choroïde et du cristallin, *Medic. Times and Gaz.*, sept. 14, octobr. 19, 25, 1861. — Schreiber, Complete Amaurose in Folge einer acuten Retinitis bei einem syphilitischen Individuum, etc. Wien Med. Halle, III, 37, 1862, et Schmidt's Jahresb., t. 177, p. 75.

La rétinite syphilitique n'est pas, comme l'iritis et la choroïdite, une affection admise sans contestation par tous les ophthalmologistes : quelques-uns, et de ce nombre sont de Græfe et Follin, considèrent comme des choroïdites la plupart des manifestations profondes de l'œil qui surviennent dans le cours de la période secondaire. Outre la choroïdite disséminée, Jacobson admet une rétinite syphilitique pouvant coexister ou alterner avec des éruptions syphilitiques secondaires

sans avoir été précédée d'iritis ou de choroïdite. Cette lésion rétinienne cède à un traitement antidyscrasique, tandis qu'elle persiste indéfiniment avec un traitement purement antiphlogistique.

Métaxas, Schreiber et quelques autres auteurs ont rapporté, après Jacobson, quelques cas de rétinite syphilitique secondaire ; mais ces cas sont rares, et on peut se demander si la choroïde n'a pas été la membrane primitivement atteinte.

Quoi qu'il en soit, un symptôme nouveau se présente ici, lequel n'existe pas dans la simple choroïdite, c'est une photophobie plus ou moins intense et qui rend souvent difficile l'examen à l'aide de l'ophthalmoscope. Les malades, en outre, ont fréquemment devant les yeux des cercles lumineux (photopsie), des taches, des mouches volantes, etc. L'extérieur de l'œil n'offre rien de particulier, mais les vaisseaux de la rétine sont injectés, et cette membrane présente une coloration anormale et un défaut de transparence, manifeste surtout au niveau du nerf optique où l'on voit comme une sorte d'œdème (Desmarres). Rougeâtre ou rosée, la papille a des contours mal limités et circonscrits par une zone d'un vert sale (cas de Schreiber). Dans un cas qu'il rapporte, Liebreich (1) décrit comme il suit l'altération dont il s'agit : « Les veines qui se dirigent (dans l'image renversée) en haut sont très-dilatées et flexueuses, tandis que les vaisseaux qui se dirigent en bas sont très-ténus et partiellement oblitérés; il existe des troubles blancs, rayés, situés sur la surface interne de la rétine, lesquels exercent sur tout un faisceau de vaisseaux une compression telle que certaines branches sont transformées par là en lignes blanches très-fines. » Ajoutons que dans ce cas la choroïde était affectée.

La rétinite syphilitique a une évolution lente et une durée relativement longue; sous l'influence d'un traitement approprié, elle peut se terminer d'une façon heureuse; elle est quelquefois néanmoins suivie de l'atrophie de la pupille et d'un affaiblissement persistant de la vision.

Le diagnostic de cette affection s'établit en partie d'après la connaissance des antécédents du malade. La rétinite albuminurique pourrait simuler une rétinite syphilitique, mais la grande quantité des points hémorrhagiques qui l'accompagnent et l'intensité des taches blanches qui lui appartiennent, suffisent, en général pour éviter une erreur préjudiciable au malade.

(1) *Atlas d'ophthalmoscopie*, pl. X, fig. 2.

CHAPITRE IV

PÉRIODE DES PRODUCTIONS GOMMEUSES, DITE DES ACCIDENTS TERTIAIRES ET QUATERNAIRES.

Caractères généraux de ces accidents. — La dénomination que j'adopte ici n'est pas seulement appropriée aux désignations qui précèdent; elle a de plus, à mon sens, l'avantage de donner une idée de l'altération matérielle qui, maintenant, va fatalement dominer toute la scène pathologique. La grande dissémination des actes morbides m'avait fait songer un instant à appeler cette dernière phase du nom de période des *affections constitutionnelles.* Arrivée à ce point, après une halte plus ou moins longue, la syphilis, dépouillée des principaux attributs des maladies virulentes, est bien, en effet, une maladie constitutionnelle selon le sens qu'y attachait Hunter, c'est-à-dire une maladie dans laquelle toutes les parties du corps peuvent être affectées d'une seule et même manière. Mais la notion anatomique qui se rattache à la première appellation a dû décider du choix.

Dans le chapitre précédent, nous avons vu les localisations morbides de la syphilis principalement bornées à la peau, à quelques membranes muqueuses, et à un petit nombre d'organes. Désormais la syphilis étend ses manifestations au delà de ces limites, et nous les retrouvons partout où existe une trame de substance conjonctive, c'est-à-dire dans tous les points du corps. Des organes divers, n'ayant de commun que l'élément conjonctif, deviennent isolément ou simultanément le siége de modifications multiples qui se traduisent toujours, à part quelques différences de forme, par des lésions très-analogues, sinon identiques.

Aux altérations superficielles passagères décrites dans le chapitre précédent, succèdent des lésions d'une nature spéciale qui n'épargnent pas plus les viscères que les téguments. Ce ne sont plus de simples hyperhémies avec ou sans exsudation, des inflammations légères et peu durables, mais bien des altérations profondes, essentiellement lentes dans leur évolution, et marquées au coin des inflammations chroniques. Tantôt étendues et disséminées dans un même organe, elles sont surtout comparables aux phlegmasies chroniques; tantôt mieux délimitées et circonscrites, ces altérations apparaissent sous forme de

nodules ou de tubercules, et c'est alors que la dénomination de gommes leur est plus particulièrement réservée.

Ces deux variétés anatomopathologiques, différentes seulement dans la forme, ont le même point de départ et la même structure; elles se traduisent à leur début par l'apparition, au pourtour des plus petits vaisseaux, de noyaux et de cellules qui, suivant une école célèbre d'Allemagne, auraient leur développement à l'intérieur des éléments ou corpuscules normaux du tissu conjonctif (prolifération cellulaire de Virchow). D'après E. Wagner (1), ces éléments de nouvelle formation affectent, par rapport au tissu ambiant, un arrangement particulier et tout à fait caractéristique, enfermés qu'ils sont dans des vacuoles plus ou moins spacieuses, formées de tissu conjonctif. Mais tandis que les trabécules de ce tissu conjonctif sont par fois très-délicates, et ne circonscrivent qu'une cellule seulement ou un petit nombre de cellules de nouvelle formation, d'autres fois on trouve de larges traînées de ce même tissu, entre lesquelles sont groupés des amas considérables de cellules, séparés eux-mêmes par des prolongements trabéculaires très-déliés.

Quoi qu'il en soit de cette manière de voir, qui est, à mon sens, fort discutable, il reste certain que la substance conjonctive est le lieu de production du néoplasme syphilitique. Or, si ce néoplasme (2) est disséminé et peu abondant, son énergie organique peut lui permettre une transformation en tissu analogue au tissu ambiant, c'est-à-dire en tissu conjonctif. Si, au contraire, ce néoplasme est rassemblé en masses plus considérables, il a par lui-même une vitalité moindre et bientôt ses éléments subissent un travail de régression, une sorte de mortification qui du centre gagne la périphérie, et dont le dernier terme est l'atrophie avec transformation moléculaire graisseuse. Le volume, la consistance et la coloration de ces masses sont toutefois variables. De même, les transformations qu'elles subissent sont plus ou moins rapides, et de là des différences nombreuses, que Virchow fait dépendre uniquement du terrain, de la texture plus ou moins lâche et de la vascularisation du tissu au milieu duquel se développent ces produits nouveaux, mais qui nous paraissent tenir en outre à la constitution de l'individu, à ses habitudes, et au milieu dans lequel il vit.

Les deux modes anatomiques en question peuvent occuper tout à la fois le même organe. Leur début est insidieux et jamais leur pré-

(1) *Archiv für Heilkunde*, livrais. 1, 2, 3; 1863.
(2) *Traité des affect. nerv. syphilitiques*. Paris, 1861.

sence ne détermine ces phénomènes fébriles ou réactionnels que nous avons vus précéder fréquemment l'évolution des accidents secondaires. Leur développement est lent, leur durée toujours plus longue que celle de ces derniers accidents; mais ce qui les distingue avant tout, c'est leur mode de terminaison. En effet, tandis que les lésions de la période secondaire ne laissent aucune trace appréciable de leur passage, les localisations anatomiques qui nous occupent altèrent ou détruisent plus ou moins profondément l'organe au sein duquel elles existent, et produisent le plus souvent des désordres irrémédiables. Ce sont, dans le cas d'hyperplasie diffuse, des sillons et des dépressions plus ou moins profondes et sous forme cicatricielle, désordres qui résultent d'une propriété spéciale à toutes les nouvelles formations de substance conjonctive définitivement organisées, et dont le tissu dit cicatriciel est le prototype; ce sont, dans le cas de productions gommeuses, des rétractions partielles, circonscrites, toutes les fois qu'il y a résorption du produit, des ulcérations et des cicatrices profondes lorsqu'il y a ramollissement et élimination. De là ces modifications nombreuses, caractéristiques, dans la forme extérieure des organes, mais sur lesquelles nous ne pouvons nous appesantir, devant y revenir plus loin à propos de chacun des viscères.

Des troubles fonctionnels variant suivant l'organe malade, ou même suivant la portion d'organe affectée, tel est le caractère de l'évolution symptomatique des altérations dont il s'agit.

Les lésions ganglionnaires ne font pas plus faute ici que dans la période précédente; mais au lieu des ganglions superficiels, ce sont les ganglions profonds et surtout les ganglions viscéraux qui cèdent aux atteintes de la syphilis, car c'est avant tout la période viscérale de la maladie. Par cela même le malade n'est plus seulement chloroanémique, il tombe bientôt dans la *cachexie* et le *marasme*.

Rarement les affections qui se montrent dans ce nouveau stade coexistent avec celles de la période d'éruption générale; ordinairement contemporaines, elles constituent à bon droit la dernière phase de la maladie. Toutefois, il semble possible, dans un certain nombre de cas du moins, de trouver une sorte de progression dans leur marche, et on peut alors, conformément aux idées reçues, admettre que cette dernière période s'accomplit en trois temps : — Dans le premier temps apparaissent les lésions profondes du derme (tubercule, rupia); — dans le second, les altérations du tissu cellulaire sous-cutané, des toiles

fibreuses, des tendons, des muscles et des os; — enfin, dans le troisième temps, surgissent les affections viscérales. Toutes ces manifestations surviennent en général tardivement, non plus quelques mois après la contamination syphilitique, mais une ou plusieurs années et quelquefois vingt ans après le début des premiers accidents, lorsque malades et médecins ont eu tout le temps de les oublier.

Une question reste à élucider, qui ne manque pas d'intérêt au point de vue de la différence qui existe entre les manifestations de cette période et celles de la période précédente. La syphilis est-elle encore inoculable? Vidal a parlé de l'inoculation d'un ecthyma syphilitique; mais, en lisant l'observation qu'il rapporte à cet effet, on ne tarde pas à se convaincre qu'il s'agit d'une affection appartenant à la période d'éruption générale. Jusqu'à nouvel ordre, il semble donc que la syphilis ne soit pas inoculable dans cette dernière phase. Est-elle héréditaire? Le fait est possible; mais en tout cas, l'hérédité n'existe pas au même degré de force que dans la période précédente (Voir Hérédité.).

Contrairement à la généralité des syphilographes, nous rangeons dans ce dernier stade de la syphilis les affections profondes de l'appareil tégumentaire, telles que l'ecthyma profond, le rupia, etc. La coexistence de ces affections avec les lésions osseuses ou viscérales est, en effet, trop fréquente pour qu'il soit possible de séparer leur étude de celle de ces dernières et de les placer, ainsi qu'on le fait ordinairement, dans le cadre des manifestations secondaires. L'époque habituelle de leur apparition aussi bien que leur modalité anatomique indiquent du reste suffisamment qu'elles ont ici leur véritable place.

ARTICLE I. — APPAREIL TÉGUMENTAIRE EXTERNE. — DERMOPATHIES SYPHILITIQUES TARDIVES OU SYPHILIDES PROFONDES. — LÉSIONS DU TISSU CELLULAIRE SOUS-CUTANÉ.

§ 1. — Lésions cutanées. — Syphilides profondes.

Circonscrites et en général disposées en groupes, les syphilides profondes se présentent sous des aspects variés; le plus souvent de forme semi-lunaire, en fer à cheval, en croissant, en T, elles ont une teinte d'ordinaire cuivrée ou maigre de jambon. Leur structure a été peu étudiée jusqu'ici; cependant, on peut dire qu'elles ont, la syphilide pustulo-ulcéreuse exceptée, une constitution anatomique

très-analogue, sinon identique, à celle des lésions plus profondes du tissu cellulaire sous-cutané et des viscères; elles marchent lentement et se terminent soit par résolution, soit par ulcération, laissant à leur suite, non pas une simple maculature, mais une véritable cicatrice, qui n'est pas sans différer quelque peu suivant l'un ou l'autre des deux modes de terminaison. Cette circonstance, jointe à l'absence de symptômes prodromiques et à l'époque d'apparition tardive de ces accidents, indique nécessairement un degré plus avancé dans l'évolution morbide, et ainsi se trouve justifiée la division que nous avons admise.

Dans ces conditions les syphilides profondes se groupent tout naturellement sous deux chefs, selon que la lésion élémentaire a pour point de départ une pustule ou un tubercule. Il y a lieu, par conséquent, de distinguer :

A. Les syphilides pustulo-ulcéreuses;

B. Les syphilides tuberculeuses.

A. SYPHILIDES PUSTULO-ULCÉREUSES, BULLEUSES, PUSTULEUSES PROFONDES.

Nous rangeons dans ce groupe plusieurs affections contemporaines des altérations des tissus cellulaire et fibreux, des os et des muscles, parfois même des manifestations viscérales, et qui, malgré une lésion initiale différente, finissent toutes par des ulcérations plus ou moins profondes. Les croûtes, souvent épaisses, qui se forment à la surface de ces ulcérations, ont encore valu à ces accidents le nom de syphilides pustulo-crustacées (1).

Les premiers syphilographes, qui désignaient ces manifestations sous le nom de *pustulæ cum cortice*, pustules à croûtes, en admettaient plusieurs espèces, telles que les *pustulæ crustosæ*, *corrosivæ*, *pustulæ ostracosæ*, comme des coquilles d'huîtres, etc. Fréquentes dans les derniers siècles, ces éruptions le sont beaucoup moins aujourd'hui, si ce n'est, toutefois, dans quelques contrées marécageuses ou humides et dans certains ports de mer où la partie la plus misérable de la population s'adonne à l'abus des boissons alcooliques.

Éminemment propres aux influences épidémiques, ces déterminations morbides de la syphilis ont été observées dans le plus grand nombre des épidémies qui ont existé et dans celle du quinzième siècle

(1) Hardy, *Leçons sur la scrofule et la syphilis*, rédigées par Lefeuvre. Paris, 1864, p. 197.

en particulier. La plupart des auteurs de cette époque se sont appliqués, en effet, à peindre ces éruptions comme ulcérant les chairs et rongeant jusqu'aux os... « Exulceratæ deinde exedebant, more « eorum ulcerum quæ phagedenica appellantur, atque interdum non « solum carnes, sed et *ossa* etiam ipsa inficiebant (1). » Ces désordres sont aujourd'hui beaucoup plus rares et moins sérieux.

Des lésions élémentaires un peu différentes quant à leurs caractères extérieurs s'observent au début de chacune des affections constitutives du groupe en question ; on peut en distinguer trois variétés qui sont : l'*impétigo*, l'*ecthyma*, et le *rupia*.

Lorsque la syphilide pustulo-ulcéreuse débute par des groupes d'impétigo, on voit paraître d'abord une tache rouge sur laquelle se développent de petites pustules dont la rupture est suivie de croûtes plus ou moins épaisses et verdâtres.

Des phénomènes très-semblables s'observent dans les cas d'ecthyma profond et de rupia, où toute la différence consiste dans le nombre, l'étendue et le contenu plus ou moins séreux et sanguinolent des vésico-pustules qui surmontent la tache rouge. Quoi qu'il en soit, les bulles ou les pustules ne tardent pas à se rompre ; leur contenu se concrète et forme une croûte épaisse, humide, jaunâtre ou verdâtre, qui peu à peu se dessèche et prend une teinte brunâtre. Autour de cette croûte se produit un nouveau soulèvement épidermique, puis de nouvelles croûtes qui s'ajoutent aux précédentes. Vient enfin une troisième poussée, qui se comporte à l'égard de la seconde comme celle-ci à l'égard de la première, et ainsi de suite, en sorte qu'au bout d'un certain temps il existe (dans le rupia surtout) une sorte d'imbrication de croûtes inégales, le plus souvent arrondies et en forme de coquillages, et circonscrites par une aréole rouge livide. Sous ces croûtes ainsi imbriquées existe un ulcère irrégulier, à fond grisâtre formé par des bourgeons de petit volume souvent recouverts d'une fausse membrane. Les bords de cet ulcère, mous et décollés, reçoivent comme un châssis les croûtes plus ou moins épaisses et colorées qui viennent s'y appliquer. La suppuration sanieuse et sanguinolente d'où elles proviennent se fait remarquer par sa plasticité et une grande tendance à se concréter, ce qui indique qu'il ne s'agit pas ici d'une simple sécrétion de pus, mais d'un produit différent et voisin de celui de

(1) Fracastor, *loc. cit.*

quelques-unes des sécrétions dites gommeuses. Ces croûtes, du reste, présentent, suivant un célèbre médecin de l'hôpital Saint-Louis (1), des différences qui ne sont pas sans avoir quelque rapport avec la lésion initiale. Ainsi, dans la forme ecthymateuse, la croûte est bombée au centre, et ses bords sont enchâssés dans la peau environnante épaissie, saillante et cuivrée; dans la forme impétigineuse, les croûtes sont moins saillantes, inégales, granuleuses, fendillées, elles débordent la surface ulcérée; dans le rupia, les croûtes sont noirâtres, saillantes, coniques, stratifiées, comme des écailles d'huîtres; dans tous les cas, elles sont entourées d'une aréole rouge cuivrée.

Au lieu de former toujours des groupes circonscrits, les lésions élémentaires en question, celles surtout qui sont connues sous le nom de rupia, restent isolées et disséminées par nombre de trois ou quatre sur chaque membre. A la surface de la peau se montre d'abord un point rouge, bientôt soulevé par de la sérosité ou du pus. La bulle ou pustule ainsi formée reste plate, et acquiert parfois une étendue de $0^{m},02$ ou $0^{m},03$. Au bout de quelques jours se forme une croûte jaunâtre qui finit par devenir brunâtre ou verdâtre. Inégale, rugueuse, bombée ou conique, cette croûte est arrondie, et, comme la précédente, entourée d'une auréole cuivrée. L'ulcération sous-jacente, profonde, taillée à pic, se comporte comme il a été dit. Le siége des ulcérations varie nécessairement avec les lésions élémentaires. C'est principalement aux membres inférieurs que l'on observe le rupia et l'ecthyma, tandis que le visage, le cou, le cuir chevelu et la poitrine sont plus particulièrement atteints dans la forme impétigineuse. Lorsque la terminaison approche, les croûtes se dessèchent, se contractent, deviennent vacillantes et tombent laissant à nu une surface rouge, violacée, plus tard d'un jaune cuivré ou couverte de squames, et à laquelle succède une cicatrice déprimée et blanchâtre.

Les syphilides dont il s'agit ont une marche chronique et une longue durée. Non-seulement elles surviennent tardivement, mais il importe de noter qu'elles coexistent, en général, avec un dépérissement graduel des forces et un état de cachexie plus ou moins profonde, indice habituel de l'existence simultanée de lésions viscérales. Les récidives sont ici moins fréquentes que dans la période précédente.

(1) Hardy, *Leçons*, etc., p. 198.

Le *diagnostic* de ces manifestations se fonde principalement sur les antécédents des malades, et sur la coloration rouge sombre qui entoure l'éruption; il faut tenir compte, en outre, de l'épaisseur des croûtes et des cicatrices blanches et profondes qui leur succèdent.

L'ecthyma cachectique simple, affection qui s'observe de préférence chez les enfants et les vieillards, se distingue, en cela déjà, des syphilides pustulo-crustacées; mais les ulcérations qui, à un certain moment, le caractérisent, sont, du reste, moins profondes et n'occupent guère que les membres inférieurs. La scrofulide pustuleuse donne lieu à des croûtes d'une coloration noire ou blanchâtre, et non verdâtre. Les ulcérations scrofuleuses ont des bords déchiquetés et non taillés à pic, et les cicatrices qui leur font suite, au lieu d'être déprimées et d'un blanc mat, sont saillantes, irrégulières, rouges ou violacées d'abord, et plus tard rosées (Hardy). Dans les cas douteux, les antécédents du malade et les symptômes concomitants de l'affection cutanée pourront aussi venir en aide au diagnostic.

Le développement des syphilides pustulo-crustacées est, en général, l'indice d'une constitution faible et détériorée. Ces manifestations sont ordinairement d'un pronostic grave; elles font, en effet, le plus souvent partie des formes malignes de la syphilis constitutionnelle. « Je n'ai observé que six malades atteints de rupia syphilitique, dit Bassereau; cinq d'entre eux avaient eu pour symptôme primitif des chancres phagédéniques qui pouvaient faire prévoir, dès lors, la forme et la gravité des symptômes consécutifs possibles. Parmi les cinq malades dont je parle, deux étaient atteints d'ulcères profonds, en même temps que de rupia; un troisième portait une exostose ramollie du tibia. Enfin, un autre avait un testicule de la grosseur d'un œuf de poule et d'une dureté lapidaire. » Il n'y a pas jusqu'aux cicatrices indélébiles et profondes dont sont suivies ces manifestations qui ne doivent entrer en ligne de compte pour attester la gravité du pronostic.

B. SYPHILIDES TUBERCULEUSES.

Sous le nom de tubercules syphilitiques, nous comprenons uniquement ces petites tumeurs d'un rouge sombre qui occupent l'épaisseur du derme et se ramollissent parfois, mais qui, à une certaine période, ne diffèrent des papules que par leur volume plus considérable. Nous rangeons parmi les altérations du tissu cellulaire sous-cutané (gommes

sous-cutanées) ces nodules ou noyaux comme furonculeux qui se forment dans les cônes celluleux du derme, adhèrent à la peau, la perforent et laissent échapper une sorte de bourbillon après l'issue duquel reste un ulcère.

La syphilide tuberculeuse existait déjà au seizième siècle; mais bien qu'elle fût vraisemblablement plus répandue à cette époque qu'aujourd'hui, il est néanmoins difficile de trouver dans les écrits de ce temps des passages qui s'y rapportent d'une façon un peu nette. Fernel, au rapport de Bassereau, est peut-être le seul auteur qui ait clairement spécifié son existence dans la phrase que voici : « Quin etiam per to-« tum corpus emergunt liventes pustulæ, verrucarum speciem repræ-« sentantes. »

Les auteurs principaux qui nous ont fait connaître ce genre d'éruption sont, au commencement de ce siècle, Alibert, et plus récemment Cazenave.

Bien différente de la syphilide papulo-tuberculeuse disséminée, qui appartient aux éruptions précoces (1), cette forme toujours circonscrite comprend deux variétés, qui sont :

1° La syphilide tuberculeuse sèche;

2° La syphilide tuberculo-ulcéreuse.

1° *Syphilide tuberculeuse sèche.* — Elle est caractérisée par des boutons durs, solides, d'un rouge vif, violacé ou cuivré, plus ou moins saillants à la surface de la peau, et qui se terminent par résolution en donnant lieu à des cicatrices indélébiles.

La face, le front, le nez et les lèvres en sont le siége de prédilection ; elle se rencontre encore aux membres supérieurs et surtout aux régions deltoïdiennes de l'épaule et à la partie externe des avant-bras, aux membres inférieurs et principalement à la partie interne des jambes. Dans certains cas, elle occupe plusieurs des régions susnommées; mais rarement elle s'observe disséminée sur toute la surface du corps. Chez un malade où elle coexistait avec une hémiplégie et d'autres troubles cérébraux, nous l'avons vue siéger dans les creux poplités, sur les fesses et sur les membres supérieurs. Suivant Bazin, la plante des pieds et la paume des mains n'en sont pas exemptes, et si les auteurs n'ont pas parlé des tubercules de ces régions, c'est qu'ils les ont confondus avec le psoriasis palmaire ou plantaire.

(1) Voir *Syphilide papuleuse.*

D'abord de la grosseur d'un grain de millet (1), les tubercules syphilitiques parviennent bientôt au volume d'un pois ou d'une noisette. Ils affectent habituellement l'une des dispositions que nous avons signalées pour les syphilides pustulo-ulcéreuses; quelquefois ils prennent une forme complétement circulaire, l'éruption se faisant alors par poussées successives : sur un point donné apparaissent un ou plusieurs tubercules qui se résolvent et laissent à leur place une maculature brunâtre ou une cicatrice ; une nouvelle éruption se fait ensuite au pourtour de la cicatrice laissée par la première, puis une troisième qui se comporte de la même façon ; et bientôt le cercle agrandi présente à son centre des maculatures livides ou des cicatrices plus ou moins régulières circonscrites par des tubercules non ulcérés. Au lieu d'un cercle complet, on ne distingue dans certains cas qu'un demi-cercle ou une portion de cercle plus ou moins régulière.

L'une des formes de l'onyxis syphilitique semble pouvoir se rapporter à la syphilide tuberculeuse. Lorsque l'affection débute au voisinage ou dans l'épaisseur des parties latérales de l'ongle, elle ulcère consécutivement la matrice unguéale, l'enflamme, et l'ongle s'altère.

On discute encore sur le siége anatomique des tubercules syphilitiques de la peau ; mais si on prend en considération l'époque de leur apparition, leur marche et leur terminaison, n'est-il pas évident qu'ils tiennent à une hyperplasie conjonctive, comme toutes les lésions de la syphilis tertiaire, avec cette différence seulement que la couche dermique est le siége de la modification nutritive d'où ils dérivent.

Les tubercules syphilitiques, au début de leur apparition, ont tantôt une couleur rouge assez vive qui pâlit peu à peu, tantôt et le plus souvent ils présentent une coloration rouge sombre ou rouge cuivré, brunâtre, qui les a fait comparer au fruit du cassis, dont ils se rapprochent déjà par leur forme. Parfois tendus, durs et cuisants, ils sont d'autres fois couverts de squames, d'écailles blanchâtres plus ou moins épaisses ou même de croûtes minces, sans qu'il y ait pour cela nécessairement ulcération de leur surface libre.

La marche de la syphilide tuberculeuse sèche est lente et chronique. Cette affection accomplit son évolution sans douleur; mais, si elle se couvre de squames, il peut arriver qu'elle occasionne de la déman-

(1) Gibert appelle du nom de *syphilide granuleuse* les petits tubercules qui occupent les ailes du nez.

geaison. Sa durée, toujours longue, est de quatre à six mois. Sa terminaison habituelle est la résolution; elle s'affaisse peu à peu, devient squammeuse, et laisse une dépression ; d'abord sombre, cuivrée, la surface de cette dépression se décolore peu à peu, blanchit lentement et finit par ressembler plus ou moins au tissu des cicatrices.

2° *Syphilide tuberculo-ulcéreuse.* — Elle diffère de la précédente principalement en ce qu'elle se termine par des ulcérations. Elle comprend deux sous-divisions, la syphilide tuberculo-ulcéreuse serpigineuse et la syphilide tuberculo-ulcéreuse perforante.

Syphilide tuberculo-ulcéreuse serpigineuse. — Cette variété, bien décrite par Rayer, commence par une poussée de tubercules rouges, durs, lisses, indolents, très-analogues aux précédents; mais, après un certain temps, ces tubercules se ramollissent et s'ulcèrent, le produit de leur sécrétion se convertit en une croûte épaisse, inégale, d'un vert noirâtre. Sous cette croûte restent des ulcérations livides ou grisâtres, à bords taillés à pic, saillants et durs, à fond sanieux et fétide, et qui ont pour caractère de s'étendre en surface plutôt qu'en profondeur.

Cette extension se fait quelquefois sans aucune tendance à la cicatrisation. D'autres fois, la réparation commence sur un point tandis qu'un autre point est envahi par une nouvelle éruption tuberculeuse, identique quant à la marche à celle des tubercules qui l'ont précédée, et ainsi on voit fréquemment des traînées de croûtes épaisses, brunâtres ou verdâtres, interrompues çà et là par des cicatrices ou par des surfaces baignées de pus.

Lorsque la cicatrisation a lieu, le fond des ulcères s'élève et devient granuleux, en même temps que leurs bords s'affaissent peu à peu. Les cicatrices, d'abord brunâtres, prennent une couleur d'un blanc mat. Elles sont déprimées par places et parcourues de brides inodulaires.

La face, le pourtour des articulations, le dos et les épaules sont les parties où l'on observe habituellement la syphilide tuberculeuse serpigineuse.

Syphilide tuberculo-ulcéreuse perforante. — Comme la variété précédente, elle est primitivement constituée par des tubercules qui ne tardent pas à s'ulcérer. Mais elle en diffère par la nature de ses ulcérations, qui, au lieu de s'étendre en surface, gagnent considérablement en profondeur : caractère qui lui a valu le nom de syphilide per-

forante. Deux ou trois tubercules indolents assez volumineux, enfoncés dans la peau de manière à ne faire qu'une légère saillie, tel en est le début. Bientôt le sommet de ces tubercules devient rouge, se ramollit, et la peau est entamée; il se forme une croûte noirâtre très-épaisse, rugueuse, qui recouvre une ulcération d'abord superficielle. Puis, la plaie envahit toute l'épaisseur du tubercule, et, continuant sa marche progressive, elle détruit tous les tissus qu'elle rencontre, sans être arrêtée ni par les cartilages, ni par les os (Hardy).

Des croûtes épaisses, rugueuses, brunâtres ou verdâtres, recouvrent ainsi ces ulcères qui ont des bords indurés, arrondis, comme s'ils avaient été taillés à l'emporte-pièce, et un fond grisâtre, sale et purulent.

La syphilide tuberculo-ulcéreuse occupe généralement les mêmes régions que la syphilide serpigineuse, mais de plus elle *attaque souvent la voûte palatine, qu'elle perfore.*

Son évolution est lente. Il reste, après sa disparition, des cicatrices profondes et déprimées qui sont autant de signes indélébiles de son passage et qui peuvent dans certaines circonstances aider beaucoup au diagnostic de la syphilis viscérale.

La marche de cette manifestation syphilitique est essentiellement progressive. Sa durée est toujours longue. Néanmoins la guérison est possible; alors l'ulcération se déterge et prend les caractères d'une plaie simple.

Les syphilides tuberculeuses récidivent fréquemment; elles attaquent alors des parties tégumentaires restées intactes.

Diagnostic et pronostic. — Tandis que les syphilides superficielles peuvent être confondues avec les fièvres éruptives et les éruptions communes de la scrofule ou du rhumatisme, les lésions profondes qui nous occupent ici demandent à être distinguées à peu près uniquement des scrofulides malignes, du lupus et d'un petit nombre d'ulcérations cancéreuses.

Une auréole rose pâle au pourtour d'un ulcère fongueux, à bords décollés, caractérise le rupia scrofuleux et le différencie du rupia syphilitique. Mais, en outre, les cicatrices qui succèdent à la première de ces manifestations sont saillantes et d'un bleu rosé, tandis que, dans la dernière, elles sont déprimées et d'un blanc mat (Bazin).

La syphilide et la scrofulide pustulo-crustacées se distinguent à l'aide des mêmes caractères. Au reste, les croûtes sont sèches, bru-

nâtres ou verdâtres avec les manifestations syphilitiques, tandis qu'elles sont humides et jaunâtres dans la scrofule.

Le chancre phagédénique ne prêtera pas à la confusion si on se souvient qu'il est unique, qu'il fournit une suppuration claire et abondante, qu'il ne se recouvre jamais de croûtes, et enfin qu'il est inoculable.

La lèpre des Grecs et le lupus sont des affections également distinctes des tubercules syphilitiques non ulcérés, la première par l'insensibilité et une teinte bronzée particulière de la peau, comme aussi par l'hypertrophie du tissu cellulaire sous-cutané ; la seconde par les caractères mêmes de l'élément éruptif, qui est demi-transparent, d'une couleur fauve ou rouge, et peu volumineux relativement au tubercule syphilitique, lequel est d'ailleurs luisant et d'un rouge cuivré. Si le lupus est ulcéré, les tissus sur lesquels repose l'ulcération sont violacés, mous, œdémateux.

Il est rare que les syphilides tuberculeuses soient prises pour des ulcères cancéreux. L'ulcération qui succède à l'épithélioma est unique, à bords relevés, granuleux, blanchâtres ; elle offre un fond blanchâtre ou rosé, quelquefois sanieux, qui n'est jamais recouvert de croûtes. Les ulcères cancéreux non épithéliaux acquièrent peu à peu une étendue considérable, et ne présentent pas davantage le revêtement croûteux propre aux syphilides. Les détails commémoratifs sont dans tous les cas d'un grand secours pour le diagnostic différentiel de ces diverses affections.

Le *pronostic* des syphilides pustulo-ulcéreuses ou tuberculeuses profondes est plus grave que celui des syphilides précoces. Ces manifestations tardives décèlent toujours une atteinte de plus grande portée à l'organisme ; fréquemment accompagnées d'une débilitation générale, quelquefois même de cachexie et de marasme, elles peuvent d'ailleurs se compliquer d'accidents inflammatoires ou gangréneux très-souvent redoutables.

ALOPÉCIE ET ONYXIS TERTIAIRES.

Alopécie. — Bien moins fréquente que dans la période des accidents secondaires, la chute des cheveux, qui est ici la conséquence ordinaire d'une altération circonscrite du cuir chevelu, au lieu de se faire par petites places et de se généraliser, reste localisée et persiste au niveau du point qui est le siége de la modification anatomique.

Lorsqu'elle reconnaît pour condition pathogénique une tumeur gommeuse ou une altération des os du crâne, l'alopécie ne se comporte pas différemment. Il peut arriver enfin que cet accident se lie au dépérissement général et au marasme syphilitique, à la cachexie en un mot. Mais alors, quoique généralisé, il se distingue encore par sa longue durée ou même par l'impossibilité de la reproduction des cheveux.

Plique polonaise. — Une autre altération du système pileux que certains auteurs ont cherché à rattacher à la syphilis est la *plique polonaise.* C'est en vain cependant que plusieurs médecins, parmi lesquels il faut citer Eustache Rudius (1), Hercule Saxonia (2), Rod. Fonseca (3), Wolframm (4), ont voulu voir, dans cette affection, le symptôme d'une maladie vérolique cachée, ou même dégénérée. Rien n'autorise à admettre cette explication, et jusqu'ici on ne peut conclure que la plique soit un effet du virus syphilitique, puisqu'en Pologne, ainsi que le fait remarquer Astruc avec beaucoup de sens, on voit malades du plica bien des gens que l'on ne peut pas soupçonner de vérole, et que dans les autres pays de l'Europe où le mal vénérien fait le plus de ravages, personne ne se trouve atteint de la plique.

Onyxis. — Lorsque les altérations propres aux syphilides profondes occupent la matrice unguéale, il en résulte un trouble dans la sécrétion cornée de l'ongle et une altération de ce produit, ainsi qu'il arrive avec les syphilides superficielles. L'action morbide, en somme, est toujours la même, ses effets seulement sont un peu différents. Inutile de revenir ici sur chacune des lésions élémentaires qui peuvent survenir en pareil cas, puisqu'elles sont semblables à celles que nous venons d'étudier. Ces lésions débutent par l'un des points de la lunule, puis survient une ulcération qui creuse en profondeur, et l'extrémité du doigt ou de l'orteil, tuméfiée, de couleur violette, devient le siége de douleurs souvent très-vives. L'ongle ramolli, épaissi, profondément altéré, finit quelquefois par tomber, et du côté de la phalange

(1) *Traité de la vérole*, liv. I, chap. VIII, et liv. II, chap. III.

(2) *De plica polonica*, in-4°. Patav., 1600.

(3) *Consult. de plica polonica.* Append. *Ad consultat. medic.* Venetiis, 1618. — Francfort, 1625, in-8°.

(4) *Versuch über die hoechstwahrscheinlichen Ursachen und Enstehung des Weichselzopfs.* Breslau, 1804. — Comparez : Minadous (J. Th.), *Tractatus de corporis humani turpitudinibus*, in-fol. Patav., 1600. — *De morbo cirrorum sive Helotide*, etc. Patav., 1680. — F. L. Lafontaine, *Traité de la plique polonaise.* Paris, 1808, avec Bibliographie.

on peut observer des modifications telles que la carie et la nécrose (1).

Cette variété de l'onyxis a une marche ordinairement plus longue et un pronostic plus sérieux que l'onyxis secondaire. On comprendra que sous l'influence d'une ostéite ou d'une périostite ayant pour siége la dernière phalange, l'organe sécréteur de l'ongle puisse s'altérer, et de là une autre variété de l'affection en question, variété qui aura une marche et des caractères spéciaux sur lesquels nous aurons à revenir.

§ 2. — Lésions syphilitiques du tissu cellulaire sous-cutané.

Nicolas Massa, De Morbo gallico, in Aphrodisiaco Luisini, p. 43. — Van Helmont, Tumulus pestis, p. 230, Francofurti, 1682. — Fabrice d'Aquapendente, Tract. de Operat. chirurg., tit. de gummatibus. — Fracastor, De Morbis contagiosis, l. II, c. xii. — Castelli, Lexicon, etc. Genevæ, 1746. — Boerhaave, Tractatus medicus de Lue aphrodisiaca, etc. Lugduni Batavorum, 1728; trad. française, Paris, 1753. — Van Swieten, Commentaria in Herm. Boerhaavii aphorismos, t. V, p. 438. Paris, 1773. — Astruc, Traité des maladies vénériennes, traduct. de Louis, Paris, 1777. — Blancard, Lexicon, Leipsig, 1777. — John Hunter, Treatise on the venereal disease. London, 1786, etc.; trad. franç. de Richelot 1840. — Cullerier, Dictionnaire des sciences médicales, article Gomme. Paris, 1817. — Lagneau, Dictionnaire des sc. méd., en 21 vol., art. Gomme, Paris, 1824, et Traité pratique des maladies syphilitiques, 1826. — Cazenave, Traité des syphilides. Paris, 1843. — Lisfranc, dans Journal de médecine, t. IV, p. 65, 1846. — Ricord, Clinique iconographique de l'hôpital des vénériens. Paris, 1846. — Lebert, Bulletin de la Société anatomique, 1855. — Robin, *ibid.* — Verneuil, *ibid.* — Saint-Arroman, Des tumeurs gommeuses des tissus cellulaires et des muscles. Thèse de Paris, 1858, n° 53. — Thévenet, Étude et considérations pratiques sur les tumeurs gommeuses du tissu cellulaire, des muscles et de leurs annexes. Thèse de Paris, 1858, n° 165. — Virchow, Traité de la syphilis constitutionnelle, traduct. française, par Paul Picard. Paris, 1859. — Van Oordt (H.), Des tumeurs gommeuses. Thèse de Paris, 1859, n° 44. — Gros et Lancereaux, Des affections nerveuses syphilitiques. Paris, 1861. — E. Wagner, Archiv der Heilkunde, Leipsig, 1863.

A l'intérêt que comporte leur étude les altérations du tissu cellulaire sous-cutané ajoutent cette particularité intéressante, qu'elles sont l'image fidèle des modifications anatomiques qui, sous l'influence de la syphilis, se développent au sein des viscères. C'est qu'en effet,

(1) Voyez : Delpech, *Ulcérations du contour des ongles*, dans *Chirurgie clinique de Montpellier*, 1823. — Hamilton, *Syphilitic Ulcers of the fingers and toes* (Dublin hospital Gaz., 1er déc. 1858).

dans les organes comme dans la couche cellulo-cutanée, le tissu conjonctif est toujours le siége du processus syphilitique.

Une induration du tissu cellulaire sous-cutané coexiste quelquefois avec les affections syphilitiques de la peau, et il semble qu'il y ait alors extension de l'altération dermique au tissu sous-jacent; mais, dans d'autres circonstances, ce tissu s'indure primitivement dans une étendue plus ou moins grande, et sans lésion préalable du tégument. Cette modification constitue l'une des formes (*forme diffuse*) des manifestations syphilitiques de la couche sous-dermique. A côté de cette altération, il en est une bien plus fréquente, mieux circonscrite, caractérisée par la présence de dépôts arrondis, fermes et saillants connus sous le nom de *gommes*. A cette dernière altération le nom de *forme gommeuse* est par conséquent justement acquis.

A. LÉSIONS DIFFUSES. — INFLAMMATION DIFFUSE DU TISSU CELLULAIRE SOUS-CUTANÉ.

L'altération diffuse du tissu cellulaire sous-cutané a été jusqu'ici peu étudiée, car Vidal de Cassis, le seul auteur à notre connaissance qui en parle, ne fait que la mentionner. Ce n'est point cependant une lacune qu'il faille trop regretter. En effet, considérée au double point de vue anatomique et symptomatique, cette lésion diffère peu de la production circonscrite ou gommeuse, et comme cette dernière, elle est caractérisée par l'hyperplasie de la substance conjonctive, son évolution est lente et chronique, ainsi que celle de toutes les affections syphilitiques qui surviennent à cette période avancée de la maladie. Le fait suivant en est un exemple :

Obs. XVI. — P..., âgée de 48 ans, journalière, entre en 1859 à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Paul. Femme d'une constitution un peu chétive, d'une santé délabrée, elle refuse de raconter ses antécédents. Elle nie tout accident syphilitique. A l'âge de 28 ans, elle dit avoir eu des boutons dans les cheveux. Depuis 6 ans, elle ne cesse de souffrir de douleurs siégeant aux épaules et aux genoux. Il y a environ 4 ans, elle vit paraître, sur les régions sterno-claviculaires, de petites tumeurs qui finirent par s'ulcérer, et laissèrent à leur place des cicatrices profondes et blanchâtres. Depuis quelques semaines, il existe à la partie postérieure du côté gauche de la face une induration assez uniforme et sans œdème. Aujourd'hui, 14 août 1859, cette induration occupe le tissu cellulaire de la région parotidienne et la partie de la joue qui l'avoisine. Elle a une étendue de 5 à 6 centimètres. La peau qui la recouvre, légèrement rougeâtre, présente à sa surface quelques saillies et quelques ulcérations peu profondes, principa-

lement situées au voisinage de l'oreille; mais on ne découvre aucun trajet fistuleux. L'iodure de potassium est administré par M. Béraud, qui diagnostique une altération d'origine syphilitique. Trois semaines de cette médication suffisent pour faire disparaître presque complétement cette induration.

Peut-être serait-on tenté de voir dans ce fait une syphilide tuberculeuse; mais, quoi qu'il en soit, on ne peut refuser d'admettre que, en dehors des saillies cutanées, le tissu cellulaire était ici induré dans une grande étendue.

Nous n'insisterons pas plus longtemps sur cette modification anatomique que nous aurons plusieurs fois l'occasion d'observer dans les viscères sous forme d'inflammation diffuse ou interstitielle, et qui, pour ce motif tout au moins, méritait d'attirer un instant notre attention.

B. LÉSIONS CIRCONSCRITES. — TUMEURS GOMMEUSES OU GOMMES DU TISSU CELLULAIRE SOUS-CUTANÉ.

SYNONYMIE : Gumma gallicum, gummi, gummositas, nodus, tuberculus syphilitiques, tumeurs noueuses, nodules, tumeurs et dépôts syphilitiques.

Étude anatomique. — Les gommes du tissu cellulaire sous-cutané se présentent sous l'aspect de masses irrégulières, d'un volume qui varie entre celui d'une noisette et celui d'un œuf de poule. Déposées au sein du tissu cellulaire sous-cutané, et parfois adhérentes aux couches les plus profondes du derme, ces tumeurs ont une teinte grisâtre ou jaune fauve. Tantôt elles sont molles et analogues à une solution de gomme; tantôt elles sont solides, fermes, blanches ou jaunâtres, et assez semblables à des tumeurs fibreuses. En général, ces masses sont enkystées dans un tissu fibreux, blanchâtre, solide, résistant; leur aspect à la coupe est variable, elles sont sèches ou humides, et, dans ce dernier cas, elles laissent échapper une substance grisâtre semi-fluide et comme gélatineuse, ou un suc blanchâtre qu'on a longtemps confondu avec le pus. Quelquefois éparses ou disséminées, elles sont d'autres fois groupées dans certaines régions, et symétriquement disposées.

Les recherches microscopiques nombreuses dont ces productions ont été l'objet dans ces derniers temps ont mieux fait connaître leur structure anatomique. Au seizième siècle (voy. Fracastor), ces tumeurs étaien regardées comme formées par une collection de liquide, et à une époque peu éloignée de nous, cette opinion était encore fort accréditée (Dittrich, Bilhroth). Il est parfaitement avéré aujourd'hui que ces tumeurs, quelle que soit leur consistance, molle, gélatineuse ou

solide, sont toujours organisées, c'est-à-dire composées d'éléments parfaitement définis et qui rentrent dans le groupe des éléments de substance conjonctive.

Lebert, Charles Robin et Verneuil, qui, en France, ont fait avec soin l'étude histologique des tumeurs syphilitiques en question, s'accordent à reconnaître que ces productions sont constituées à l'état frais par des amas de petits corpuscules ronds (cytoblastions de Ch. Robin) disséminés au milieu d'une masse intermédiaire finement grenue, par des cellules allongées ou puriformes, et par des vaisseaux en petit nombre. Plus tard, on n'y trouve plus que des granulations, des détritus des éléments précédents, et du tissu conjonctif bien conservé. Suivant Virchow, toutes les gommes, comme on sait, proviennent d'une prolifération du tissu conjonctif; mais dans les gommes de tissu cellulaire, la prolifération prenant le dessus, la substance intercellulaire devient rapidement molle, gélatineuse, muqueuse ou fluide; la masse de la tumeur se fond pour ainsi dire, devient puriforme, s'ouvre au dehors et s'ulcère. Au fond, ces différents auteurs ont tous vu les mêmes éléments anatomiques dans les tumeurs gommeuses. Aussi, quelle que soit l'interprétation théorique que l'on donne du mode de formation et de développement de ces éléments, il est clair qu'ils ont une même origine. Cette opinion, que nous avons formulée autrefois dans les termes que voici, nous paraît toujours exacte : « Les éléments constitutifs des gommes nous ont toujours paru appartenir au tissu cellulaire ou conjonctif, ce qui nous porte à croire que la tendance de la syphilis est de faire naître partout les éléments de ce tissu, dans des conditions spéciales, toutefois, en vertu desquelles ces éléments, arrivant difficilement à un complet développement, subissent presque nécessairement la dégénérescence graisseuse et se mortifient (1). » C'est à cette dégénérescence, ou mieux à cette métamorphose des produits gommeux, qu'est dû le ramollissement central de ces tumeurs, travail de régression que l'on a souvent confondu à tort avec un travail inflammatoire et suppuratif. Telles sont, dans leurs diverses phases anatomiques, les gommes du tissu cellulaire sous-cutané. Plus loin, nous insisterons davantage sur les caractères spécifiques de ces productions et sur les particularités qui les distinguent des néoplasmes non syphilitiques.

(1) *Traité des affections nerveuses syphilitiques*, p. 156, 1861.

Étude symptomatique. — Les tumeurs gommeuses sous-cutanées naissent et se développent lentement et sourdement, sans provoquer de douleur et sans éveiller de sentiment pénible ou désagréable, de sorte que le malade qui en est porteur ne s'aperçoit souvent que par hasard de leur présence. Elles commencent par une petite saillie qui s'accroît peu à peu et finit par atteindre le volume d'une noisette ou d'une grosse noix. De forme globuleuse, le plus souvent indolentes à la pression (à moins qu'il n'y ait un filet nerveux dans leur voisinage), ces tumeurs sont dures, élastiques et recouvertes primitivement par le tégument, auquel elles sont fixées à l'aide d'un petit pédicule. Dans ces conditions, elles peuvent rouler sous la peau.

Après un intervalle plus ou moins long, plusieurs semaines en général, elles se ramollissent, adhèrent à la face profonde du derme, perdent leur mobilité, en même temps que par leur consistance elles donnent lieu à une sensation assez analogue à celle que fournissent certains lipomes. Bientôt la peau prend une teinte rouge, elle est le siége d'un état phlegmasique remarquable par la lenteur de sa marche. Plus tard, elle devient violacée, s'amincit, et finit souvent par se perforer sur plusieurs points. Alors se présente, à travers ces orifices cutanés, une masse blanchâtre ou jaunâtre, sorte de bourbillon comparable, tantôt à un fragment de morue ou de veau à peine cuit, tantôt à une solution de gomme, et, cela, dans les cas principalement où la tumeur se développe au voisinage des os ou des tendons.

Peu à peu la substance mortifiée et ramollie, formant un bourbillon ou une escarre sèche, est éliminée. Reste une cavité, espèce de caverne à base indurée, à parois irrégulières, limitée par une coque ou sorte de kyste qui, au dire de Vidal, doit elle-même subir une destruction ou élimination pour que la réparation soit complète. Le fond de cette caverne présente en général, comme le prétend Bazin, plusieurs étages superposés; il est recouvert d'une couche blanchâtre putrilagineuse. Des bourgeons charnus apparaissent, et la cicatrisation s'effectue peu à peu, laissant après elle une cicatrice déprimée, plus ou moins exactement arrondie, blanche, accentuée et brunâtre à son pourtour, du moins pendant un certain temps.

La lenteur d'évolution des gommes du tissu cellulaire permet de suivre exactement leurs phases successives, qui sont au nombre de trois. Dans la première phase, la tumeur gommeuse acquiert tout son développement. Dans la seconde, elle subit une véritable méta-

morphose régressive. Dans la troisième enfin, elle est résorbée; sinon, elle est éliminée.

Siége et nombre. — Le siége des gommes sous-cutanées est très-variable, puisque ces tumeurs peuvent occuper les points les plus différents du tissu sous-dermique. La tête, la paroi antérieure de la poitrine et particulièrement les régions claviculaires, la face antérieure des membres supérieurs et inférieurs, les épaules, sont les points où on les rencontre le plus habituellement. On les trouve encore dans d'autres lieux qu'il importe de signaler à cause des erreurs de diagnostic qu'elles peuvent entraîner et des symptômes particuliers qu'elles déterminent : ce sont les régions du cou, des lèvres, du scrotum et des mamelles. Indiquer ces régions, c'est dire les lésions spéciales avec lesquelles la confusion est possible. Ces tumeurs sont quelquefois uniques, mais il peut en exister plusieurs sur le même individu, quatre, cinq, ou même un plus grand nombre; on a pu en compter jusqu'à 150 (Lisfranc).

Diagnostic. — En présence des nombreuses variétés que présentent les gommes sous-cutanées pendant le cours de leur évolution, on conçoit la difficulté d'un diagnostic exact. Après les syphilides profondes et tardives qui peuvent simuler ces productions morbides sans inconvénient toutefois pour les malades, les altérations qui prêtent le plus à l'erreur sont le furoncle, le cancer, l'abcès froid et les tumeurs fibreuses. Chez un petit enfant que j'ai eu l'occasion de voir, en 1859, dans le service de M. le professeur Trousseau, il existait, à la partie postérieure du mollet droit, deux ulcères profonds, de la largeur d'une pièce de 50 centimes, à fond grisâtre, à bords nettement coupés, sauf que l'ulcération était un peu plus étendue au niveau de la peau. En même temps on trouvait, aux plis des aines et des cuisses, des ulcérations superficielles et très-analogues aux plaques muqueuses. L'enfant avait en outre un coryza. La réunion de toutes ces circonstances me fit songer à une syphilis héréditaire; la guérison fut rapide; plus tard, je pus m'assurer qu'il s'agissait simplement d'ulcérations développées sous l'influence de la malpropreté. L'absence de cachexie, la bonne santé du petit malade, comme aussi cette circonstance qu'il n'est pas habituel de voir coexister des gommes avec des plaques muqueuses, tels étaient ici les moyens d'éviter l'erreur. Le furoncle, d'un autre côté, a une évolution plus aiguë et plus rapide que la gomme syphilitique.

Le cancer de la peau ne saurait que difficilement être confondu

avec l'altération qui nous occupe. Quant au cancer du tissu cellulaire, il ne présente pas les phases diverses du développement des tumeurs gommeuses. On peut en dire autant des abcès froids, à leur début, mous et fluctuants, et des tumeurs fibreuses, qui, en général, ne subissent aucune espèce de ramollissement. Les hernies et les tumeurs anévrysmales se distinguent par des caractères propres. Les circonstances commémoratives et les manifestations ordinairement concomitantes ont ici une grande importance; mais, quoi qu'il en soit, il ne faut pas oublier que les renseignements faux et incomplets des malades peuvent parfois induire le médecin en erreur.

Pronostic. — Le pronostic des gommes sous-cutanées est sérieux, en ce sens que leur présence indice d'une syphilis tertiaire, dénote une atteinte profonde à l'organisme. Rarement, cependant, la gravité de ces affections est directe, puisque les troubles fonctionnels qui en résultent sont en général nuls ou du moins sans importance.

Syphilide gommeuse serpigineuse occupant la partie supérieure et antérieure de la jambe gauche.

Obs. XVII.— B. L...., lingère, âgée de 55 ans, est une femme dotée d'une forte constitution, elle a le teint coloré et un embonpoint qui éloigne l'idée de tout état cachectique.

Elle commença à être réglée à 11 ans. A partir de cette époque jusqu'à l'âge de 15 à 16 ans, les règles ne vinrent qu'une fois par année.

Pendant deux ans, elle a souffert de vomissements, qui toutefois n'excluaient point un gros appétit (gastralgie). La menstruation s'étant régularisée, elle put se marier à l'âge de 21 ans.

A 25 ans, elle eut un enfant, qui, sept ou huit jours après sa naissance, fut atteint d'une conjonctivite purulente et perdit l'œil. Cette affection, au dire du médecin qui traita l'enfant, devait être attribuée à une maladie vénérienne (blennorhagie), que la mère avait eue dans le cours de sa grossesse. Après son accouchement, la femme B.... s'aperçut que son mari était atteint d'une maladie dont elle ignore la nature. Elle remarqua même qu'elle portait alors quelques boutons aux parties génitales.

Après avoir souffert pendant 2 ans de fleurs blanches qui cédèrent enfin aux préparations de noix de galle, elle fut prise d'une diarrhée rebelle. Un peu plus tard, elle éprouve des douleurs vives avec exacerbations nocturnes dans les jambes, en même temps survient une éruption cutanée. Pendant trois semaines, pilules mercurielles et tout disparaît. Quelques mois se passent, et arrive une iritis de l'œil droit. Le champ de la pupille resserré est envahi par une fausse membrane. La vue presque éteinte dans l'œil droit reste considérablement affaiblie à gauche.

A l'âge de 32 ans, cette malade ressent pour la première fois des douleurs vives dans la tête; des douleurs dans les jambes et dans les oreilles. L'iodure de potassium calme ces douleurs, mais elles reprennent aussitôt que le médicament est abandonné. Vertiges, sans paralysie.

Tout traitement avait été cessé lorsque survint une petite tumeur (gomme) ayant son siége au-dessus du genou. Bientôt cette tumeur se ramollit, une ulcération profonde lui succède. L'iodure de potassium en amène la cicatrisation, mais plus tard d'autres tumeurs se montrent au voisinage, qui toutes suivent la même marche.

Aujourd'hui, 23 novembre 1859, la femme B.... entre à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Charles, elle présente à la face antérieure de la jambe et du genou, dans une étendue de 12 centimètres en hauteur et de 8 centimètres en largeur, une surface ulcérée et déjà en partie cicatrisée. La partie centrale est blanchâtre et violacée, en d'autres points, on voit quelques ulcérations assez profondes, à fond grisâtre avec des bourgeons charnus; au nombre de 3 à 5, ces ulcérations siégent sur une surface circonscrite en haut par un ulcère en fer à cheval suppurant et couvert de bourgeons charnus rosés sur les bords. A la partie inférieure de la jambe se trouvent plusieurs ulcérations analogues, mais plus petites.

L'iodure de potassium et le mercure administrés simultanément produisent une amélioration rapide et la malade ne tarde pas à quitter l'hôpital.

Tumeurs gommeuses du tissu cellulaire sous-cutané.

Obs. XVIII. — La nommée B... Clarisse, femme V..., âgée de 32 ans, née à Puttange (Orne), entre le 3 mai 1859 à l'Hôtel-Dieu, dans le service du professeur Laugier. Le père de cette malade est mort d'une hydropisie, la mère, âgée de 66 ans, souffre de douleurs rhumatismales, son mari a été soldat, mais, si on l'en croit, il n'aurait jamais été affecté de maladies vénériennes.

En ce qui la concerne, elle raconte qu'elle s'est toujours bien portée jusqu'au mois de décembre 1852, où elle vit tomber auprès d'elle un homme frappé d'une balle. L'émotion qu'elle en ressentit aurait été si violente qu'elle aurait amené des troubles profonds dans sa santé, tels que phlegmons sur divers points du corps, particulièrement à la face et à l'œil gauche perdu depuis le mois de février 1853; un *anthrax* de la nuque (gomme évidente) survenu 6 mois après cet accident, eut une durée de plusieurs mois.

Trois semaines avant son entrée à l'hôpital, elle voit paraître deux tumeurs : l'une au tibia gauche, aujourd'hui ulcérée, à l'aspect gangréneux à sa surface, l'autre venue quelques jours plus tard, a même siége et même aspect que la première. En même temps, douleurs vives au niveau des points malades, insomnie complète et diarrhée intense. Tous ces accidents se modèrent après peu de temps et sous l'influence d'un julep contenant 2 grammes d'iodure de potassium ; le sommeil perdu revient.

Le 14 mai, on peut constater une amélioration bien marquée. Les bourgeons charnus se développent avec rapidité, et le 14 juin, la malade sort, n'ayant plus que deux petites ulcérations de la largeur d'une pièce de 50 centimes, très-superficielles d'ailleurs et faisant présumer une prompte cicatrisation.

Huit jours après sa sortie, cette malade se présente de nouveau, avec une tumeur dure et du volume d'une noix, siégeant sur la jambe droite. La tumeur est sous-cutanée, et tout autour le tégument est rouge. Au bout de 18 jours on voit apparaître à son sommet un petit point noir. La peau ainsi lésée s'ulcère, donnant lieu à une ouverture circulaire à bords nets et réguliers, au fond de laquelle on voit une escarre d'un blanc jaunâtre, un peu charnue. Cette escarre, éliminée au bout de quelque temps, fait place à des bourgeons charnus qui ne tardent pas, sous l'influence du traitement, à se développer sur toute l'étendue de la plaie.

Le fond de l'ulcération se relève peu à peu et arrive au niveau du tégument. L'épithelium se reproduit à la circonférence, et la cicatrisation est presque complète à la sortie de la malade. Le 4 juin, les anciennes ulcérations ne présentent plus que quelques bourgeons non cicatrisés. La malade sort après avoir suivi pendant 3 semaines environ un traitement par l'iodure de potassium (1 et 2 grammes).

Tumeur gommeuse de la jambe gauche (forme bourbillonneuse).

Obs. XIX. — La nommée M..., âgée de 57 ans, domestique, entrée à l'Hôtel-Dieu, le 30 juillet 1859, est une femme qui a les apparences de la force et de la santé; elle nie toute espèce d'accidents primitifs et même secondaires; toutefois, elle avoue qu'elle a toujours eu une conduite fort légère, de telle sorte que ces accidents sont tout au moins fort suspects. Depuis plus d'un mois elle s'est aperçue de la présence à la partie antérieure de la jambe gauche de deux tumeurs du volume d'une grosse noix. Ces tumeurs, primitivement sous-cutanéees ont fini par altérer et ulcérer la peau; au fond de l'ulcération, existe aujourd'hui une substance sèche, flétrie, complétement blanche, assez semblable à du tissu cellulaire mortifié, ou à un fragment de morue. A l'examen microscopique, cette substance est composée de granulations grisâtres et jaunâtres, de noyaux sphériques assez petits, libres ou enfermés dans des cellules fortement granuleuses, de corps fusiformes plus ou moins réguliers et granuleux, de débris de cellules et de noyaux; on y voit de plus une gangue légèrement striée, couverte de granulations et de gouttelettes graisseuses, ayant assez l'apparence de la fibrine exsudée à la surface des valvules du cœur, ou même de celle qui constitue les caillots déjà anciens.

Tumeurs gommeuses multiples de la jambe gauche; destruction partielle du voile du palais; syphilide crustacée du cuir chevelu. Alopécie complète.

Obs. XX. — La nommée P... Rose, âgée de 39 ans, journalière, entre à

l'Hôtel-Dieu, le 1er uillet 1859. Cette femme, maigre et de petite taille, présente les apparences d'un état cachectique avancé. Sa voix très-peu intelligible, à cause de la destruction du voile du palais, sa faible intelligence et la remarquable tendance qu'elle manifeste à verser des larmes sitôt qu'on vient à l'interroger, font qu'il est difficile de se procurer les renseignements relatifs à ses antécédents morbides.

Quoi qu'il en soit, ses cheveux, nous dit-elle, tombèrent, il y a environ deux ans; à partir de cette époque, elle a des croûtes et des ulcérations à la tête (syphilides crustacées). Depuis son entrée, ces croûtes sont tombées, et aujourd'hui, 25 juillet, sa tête est lisse et complétement nue. En outre, il existe sur le genou gauche, à la face interne et antérieure, plusieurs plaies légèrement excavées, recouvertes de bourgeons charnus et non encore complétement cicatrisées. Ces plaies, qui ont succédé à des tumeurs fermes spontanément développées, sont manifestement dues à des gommes ramollies. Sur la face interne et inférieure de la même jambe on remarque une autre plaie, de 8 centimètres de diamètre environ, couverte de bourgeons fongeux, déjà en partie cicatrisée sur les bords, puis au-dessus un gonflement œdémateux, qui s'abcède quelques jours plus tard.

Sous l'influence de l'iodure de potassium, tous ces accidents se dissipent avec rapidité; et le 1er septembre, jour de sa sortie, la malade est en bonne voie de guérison; la santé générale considérablement délabrée se trouve meilleure. La syphilide crustacée du cuir chevelu a complétement disparu.

Deux particularités nous frappent dans les observations ci-dessus rapportées. C'est d'une part le long espace de temps écoulé entre l'accident primitif et la formation gommeuse ; d'autre part, l'absence presque constante des manifestations secondaires chez nos malades : cette dernière remarque, sur laquelle nous aurons l'occasion de revenir, n'est pas seulement particulière à nos faits, elle se retrouve encore dans d'autres observations. A cet égard, on pourra consulter avec intérêt le chapitre que Bazin a consacré à la syphilide gommeuse de la peau (1).

AFFECTIONS SYPHILITIQUES DES GLANDES MAMMAIRES.

Assez rares, ou plutôt fort peu connues, les altérations syphilitiques des glandes mammaires, il est du moins permis de le supposer, ont plus d'une fois donné lieu à des méprises préjudiciables aux malades. Cependant elles n'avaient pas échappé à la sagacité de quelques médecins des derniers siècles, que l'observation clinique avait conduits à admettre un *cancer vérolique* des mamelles.

(1) Bazin, *Leçons sur les syphilides*. Paris, 1859, p. 197 et suiv.

L'un des premiers, le célèbre Sauvages (1) signale l'existence de ces manifestations, et rapporte à cet égard les deux observations que voici :

1° Je vis, dit-il, il y a quelques années, à Alais, une femme qui avait été attaquée du virus vénérien, et qui portait depuis longtemps à la mamelle un carcinome de la grosseur de la tête d'un enfant. Cette tumeur était ulcérée quand je prescrivis à la malade des frictions mercurielles. En très-peu de temps, le volume de la tumeur diminua considérablement. Toutefois, le carcinome n'étant pas entièrement guéri, il fallut en venir à l'extirpation.

Ce premier fait, est loin d'être concluant et l'on peut conserver des doutes sur l'origine de l'altération mammaire. Mais il n'en est pas de même de l'observation suivante qui paraît démonstrative :

2° Une fille de 30 ans, qui usait depuis plusieurs mois de l'extrait de jusquiame, présentait à chaque mamelle une tumeur du volume d'un œuf de poule. Dense, bosselée, cette tumeur causait des douleurs lancinantes qui s'irradiaient par moments jusqu'à la région axillaire, le long d'une série de glandes également dures et bosselées. La malade accusait des ulcérations à la bouche et au vagin, ulcérations provenant d'une vérole acquise depuis dix ans. Les pilules de Keyser, continuées pendant un mois, amenèrent la disparition et de la tumeur douloureuse et des autres manifestations syphilitiques, lesquelles ne reparurent pas.

L'abondance des détails, la clarté de la description, attestent ici d'une façon péremptoire l'exactitude du diagnostic, que des circonstances particulières, telles que l'âge de la malade et la symétrie de l'altération morbide, contribuent encore à mettre hors de doute. Ivaren, qui rapporte ces deux observations, donne un troisième fait que lui a communiqué un de ses collègues, maisdans lequel il s'agit d'une affection de la peau, ou du tissu cellulo-adipeux, plutôt que d'une lésion de la glande mammaire elle-même (2).

Astruc, dans un passage de son livre, fait sans doute mention de l'altération dont il s'agit lorsqu'il dit : « Les femmes ont des maladies, qui leur sont propres comme le cancer au sein, la suppression des règles, etc. » (*Loc cit.*, t. IV, p. 151).

(1) *Nosologie méthodique*, t. IV, p. 344.
(2) *Des métamorphoses de la syphilis*. Paris, 1854, p. 435.

Hunter, Swediaur, Bell, ne disent pas mot des altérations syphilitiques des mamelles. Astley Cooper n'en parle pas davantage, de telle sorte qu'il faut arriver jusqu'à notre époque pour trouver de nouvelles données sur ce sujet.

Étudiées chez l'homme et chez la femme, les lésions syphilitiques des glandes mammaires ne s'écartent pas de celles de tous les organes; il est possible de leur reconnaître deux modes distincts : diffuses, elles constituent la *mastite syphilitique* proprement dite ; circonscrites, c'est l'altération gommeuse des mamelles ou *mastite gommeuse*. La mastite syphilitique diffuse est signalée par le docteur Ambrosoli dans un travail récent (1) où sont rapportés trois cas de cette affection. L'un de ces cas est relatif à un forgeron qui, au déclin de la période secondaire, vit naître, au niveau du mamelon, un gonflement qui arriva à former une tumeur de la grosseur d'un gros bouton. Les deux autres faits appartiennent à deux jeunes filles, l'une de 19, l'autre de 24 ans, qui toutes les deux présentèrent, peu de temps après la disparition d'un exanthème syphilitique, une tuméfaction diffuse, ferme, légèrement douloureuse, sans changement de coloration à la peau. Il existait simultanément quelques ganglions durs et fermes dans l'aisselle. L'iodure de potassium (180 et 200 grammes) parvint à faire disparaître ces accidents sans qu'il en restât la moindre trace. J'ai, pour mon compte, vu un fait très-semblable.

Verneuil (2) a présenté à la Société anatomique les pièces pathologiques d'un homme atteint de gommes multiples, chez lequel il trouva une tumeur du sein ayant six centimètres de diamètre sur trois d'épaisseur, et toute prête à perforer la peau. Le tissu de cette tumeur, qu'il considère comme une gomme, rappelait celui de l'encéphaloïde ramolli. On en faisait suinter par la pression un suc abondant, crémeux, lactescent, miscible à l'eau.

Maisonneuve (3) prétend que les affections syphilitiques du sein ne sont pas rares. Il est d'avis qu'il faut considérer comme tels bon nombre de prétendus cancers guéris par les préparations iodées. C'est aussi notre manière de voir, bien que les tumeurs d'une nature

(1) *Di una Malattia, etc., Sur une maladie de la glande mammaire qui quelquefois s'associe avec différentes formes de la syphilis.* (*Gazetta medica Lombardia,* n° 36, 1864.)

(2) *Bulletin de la Société anatomique*, 30e année, p. 96.

(3) *Leçons cliniques sur les maladies cancéreuses*, 1854.

différente de celle des productions gommeuses nous paraissent pouvoir céder parfois à l'administration des préparations d'iode.

Richet s'exprime comme il suit à l'égard de la syphilis des mamelles (1) : « On rencontre dans la mamelle une variété de tumeur qui survient sous l'influence de la diathèse syphilitique; c'est la tumeur syphilitique du sein, analogue à cette tumeur de nom semblable qu'on trouve au testicule. Cette tumeur se présente dans l'origine avec tous les caractères d'une tumeur squirrheuse, et j'avoue, dans un cas observé à l'hôpital Lourcine, avoir été sur le point de pratiquer l'extirpation du sein, lorsque la découverte d'une autre tumeur, sinon semblable, au moins analogue, dans l'épaisseur du mollet, m'arrêta et me fit réfléchir. La disparition simultanée de ces deux tumeurs sous l'influence d'un traitement approprié, acheva de m'ouvrir les yeux. »

Dans son excellent *Traité des maladies du sein*, le professeur Velpeau fait mention de quatre cas plus récemment observés par Maisonneuve. Il s'agissait dans l'un de ces cas d'une simple tumeur gommeuse; dans les trois autres, il y avait à la fois ulcération des téguments et engorgement circonscrit du tissu de la glande mammaire. Dans tous, il existait simultanément d'autres manifestations syphilitiques, telles que gommes à la tête, périostoses, ulcères aux jambes. La guérison a été promptement obtenue par les préparations iodurées. Le même professeur donne de plus la relation d'un fait intéressant que lui a communiqué le docteur Richet. Voici ce fait (2) :

Rose Morias, âgée de 22 ans, domestique, entre dans mon service à Lourcine (salle Saint-Alexis, n° 18), le 11 mai 1849.

A son entrée je constate l'existence de plaques muqueuses sur les grandes lèvres, de rhagades à l'anus, d'un écoulement vaginal abondant, et d'une altération du col utérin affectant les deux lèvres.

On cautérise le col, on place un tampon aluminé dans le vagin, et l'on donne à la malade des pilules de proto-iodure. Au bout d'un mois les plaques muqueuses semblent rester stationnaires : on administre la liqueur de Van Swieten.

Le 1er juillet, c'est-à-dire après un mois de cette nouvelle médication, l'état de la malade n'est non-seulement pas amélioré, mais présente même une aggravation du côté des parties génitales.

Le 25, la malade se plaint d'une ancienne douleur dans le sein droit. A

(1) Richet, *Traité d'Anatomie chirurgicale*, p. 513, 1re édit., 1857.
(2) Velpeau, *Traité des maladies du sein*, 2e édit.; p. 534.

l'examen on constate une tumeur du volume d'une châtaigne, dure, assez exactement limitée, sans changement de couleur à la peau et sans douleur à la pression, elle est située au niveau du mamelon qu'elle embrasse à sa base. La malade prétend avoir vu poindre cette tumeur, il y a une huitaine de jours, et avoir observé son accroissement progressif.

1er août. La tumeur a sensiblement augmenté de volume, mais elle reste dure, sans douleur au toucher, sans rougeur à la peau. Le mamelon qu'elle embrasse rentre et se rétracte, celui du côté opposé est au contraire très-saillant; et, au dire de la malade, ils étaient tous deux identiques avant l'apparition de la tumeur. La malade accuse des élancements spontanés, nuit et jour, dans le sein affecté. — Il n'y a point de fièvre, et l'appétit est conservé. Pour qui n'aurait pas assisté aux débuts de cette affection et ne connaîtrait pas les antécédents de la malade, il serait impossible de distinguer cette tumeur de celle qu'on a désignée sous le nom de squirrhe des conduits galactophores.

6 août. La tumeur a sensiblement augmenté; mais sa consistance reste la même, et quoique la peau ait pris une couleur bronzée, on n'y découvre aucun point fluctuant. Le mamelon, complétement rétracté, a presque disparu. La grosseur totale de la tumeur est celle d'une petite pomme. La malade accuse des élancements vifs et répétés. — Le traitement interne est continué; on recouvre le sein d'un large emplâtre de Vigo. Les jours qui suivent, le développement progressif de la tumeur continue.

15 août. La peau commence à rougir au-dessous de la dépression occupée par le mamelon. Bientôt il se manifeste là un point fluctuant, et, le 25, le chirurgien plonge un bistouri étroit dans la tumeur : il sort en abondance, par l'ouverture, un pus visqueux et mélangé de flocons, tout à fait analogue à celui qui s'échappe des gommes syphilitiques. Quelques jours après, le sein avait considérablement diminué de volume, et le mamelon commençait à reparaître; mais les parois du foyer restaient indurées, et semblaient avoir peu de tendance à la cicatrisation. — On prescrit des injections iodées.

17 septembre. Le foyer paraît se déterger convenablement, et les plaques muqueuses ont presque complétement disparu. Mais la malade montre sur la jambe gauche (tiers inférieur, région antéro-interne) une tumeur dure, empâtée, indolente, large comme une pièce de cinq francs. Cette tumeur, qui présentait avec celle du sein une grande analogie, était survenue depuis quelques jours seulement, et, comme la première, était bien évidemment sous l'influence de l'infection syphilitique.

A partir de cette époque, et, si l'on s'en souvient, après un mois de l'usage de la liqueur de Van Swieten, on prescrit les pilules de Sédillot, en même temps que l'iodure de potassium, qui n'avait pas encore été administré. Au bout de deux mois de ce traitement des accidents tertiaires, la malade sortit guérie le 24 novembre, après un séjour de cinq mois.

Telles sont les données que nous possédons relativement aux lésions syphilitiques des glandes mammaires. Le dernier fait, que nous avons

tenu à rapporter tout entier, ne nous paraît laisser aucun doute sur leur existence. Il nous montre, dans l'une de ces glandes, une tumeur gommeuse analogue à celles que nous avons déjà rencontrées dans le tissu cellulaire, et que nous retrouverons plus tard dans d'autres organes.

Diagnostic et pronostic. — Le cancer et l'adénome du sein sont les principales affections avec lesquelles on pourrait confondre les lésions syphilitiques des mamelles. Mais la tumeur cancéreuse se distingue par un développement plus rapide, par les ulcérations qui en sont la suite et par les lésions ganglionnaires dont elle est fréquemment accompagnée. Les antécédents de la malade, les altérations concomitantes et ce fait que l'affection syphilitique des mamelles offre presque toujours une disposition symétrique (observation de Sauvage, etc.), sont autant de circonstances qui viennent puissamment en aide au diagnostic.

L'adénome présente de plus grandes difficultés : on le reconnaît généralement à la lenteur de son évolution et à cette dureté toujours égale qui contraste avec le ramollissement progressif de la tumeur gommeuse.

Le pronostic des affections syphilitiques du sein est sans gravité, puisqu'il suffit, pour les guérir, de savoir les reconnaître. Il est à regretter, seulement, que leur étude soit encore si incomplète et si obscure; car la connaissance exacte de ces manifestations morbides permettrait, peut-être plus souvent qu'on ne le pense, de substituer à une opération qui n'est pas exempte de danger un traitement sûr et toujours inoffensif.

ARTICLE II. — APPAREIL DE LA LOCOMOTION.

§ 1. — Affections syphilitiques des os, des cartilages et des articulations.

CATANEUS, J. BENEDICTUS, FRACASTOR, in Luisin. Aphrodis., 139 A, 180 B, 199 D. — GRUNDPECK, SCHELLIG, WIDMANN, RAUT, in FUCHS : Die ältesten Schriftsteller über die Lustseuche, in Deutschland, etc. Göttingen, 1843, 60, 65, 66, 74, 99, 297. — JOANNES DE VIGO, De morbo gallico Tractatus, in Luisini Aphrodisiaco, p. 450. — G. FALLOPE, De morbo gallico liber absolutissimus. Patavii, 1564, p. 59, et Aphrodisiac., p. 781 et 826. — VAN SWIETEN, Commentaria in Herm. Boerhaavii Aphorismos, t. V, p. 438. Paris., 1773. — J.-B. MORGAGNI, Recherches anat. sur les causes et le siége des maladies. Lettre 58e, p. 423 de la trad. franç. de Destouet. — BERNARD TOMITANUS, De morbo gallico, in Aphrodis., p. 1102. § Articulorum dolor.—

ALEXANDRE TRAJ. PETRONIUS, in Aphrod., p. 1362.—JOAN. CH. HEINE, Tentamen medico-chirurg. de præcipuis ossium morbis, § 29. — J.-L. PETIT, Traité des maladies des os. Paris, 1735. — DUVERNEY, Maladies des os. Paris, 1751, t. II, p. 479, sépare les exostoses des nodus.—HEISTER, Dissertat. de oss. tumoribus, n° 15. — ASTRUC, De morbis venereis, etc., traduction française. Paris, 1777. — BOETTCHER, Abhandl. von den Krankheiten der Knochen, Knorpel und Sehnen. Kœnigsberg et Leipzig, 1793, t. II, p. 27. — A. BONN, Descriptio thesauri ossium morbosorum Hoviani. Amstelodami, 1783, in-4°. — SWEDIAUR, Traité des maladies syphilitiques, en français. Paris, 1801, t. II, p. 179.—BENJ. BELL, Traité de la gonorrhée virulente et de la maladie vénérienne, t. II, p. 178, trad. française. Paris, 1802. — DELPECH, Chirurgie clinique de Montpellier. Paris et Montpellier, 1823, t. I, p. 373. — HUNTER, Œuvr. compl., note de Babington, p. 565. — DUFOUR, Bullet. de la Société anatomique, t. XXVI, p. 139.—VIDAL (de Cassis), Traité des maladies vénériennes. Paris, 1853. — WALLER, Sur la syphilis des os, Vierteljahrschrift für die praktische Heilkunde, année 1854, et Gaz. méd. de Paris, 1855, p. 647.—VIRCHOW, La syphilis constit., 1860, p. 29 et suiv. — RICHET, Mémoires de l'Académie de médecine, 1853, t. XVII. Travail consciencieux qui contient plusieurs observations d'arthropathies syphilitiques. — RICORD, Iconograph., et Gaz. des Hôpitaux, 1846, p. 647.— GOSSELIN, Remarq. sur une nouv. source d'indic. du trépan dans les ostéites syphilitiques du crâne, Archiv. gén. de médecine, et Revue méd. chirurgic. de Paris, t. XIII, 1853, p. 361. — OWEN DALY, Syphilitic Disease of the sternum. Dubl. Hosp. Gaz., n° 6, 1857. —BRESLAU, Syphilitische Schädelatrophie, aus d. Verhandl. des ärztl. Ver. zu München, Sitzung von 13 Jan. 1858. Bayer. ärztl. Intelligenz-Blatt, n° 13, 1859. Virchow's Archiv f. path. Anat., Bd. XVII, Hft. 3 et 4. — A. L. JEITTELES, Giebt es eine Knochen Syphilis? Existe-t-il une affection syphilitique des os? Olmutz, 1862. Schmidt's Jahrb., tom. CXX, 1863. — ERICHSEN, Nécrose de la clavicule consécutive à une syphilis traitée sans mercure. The Lancet, I, 2 janvier 1863. — R. SANDERSON, Nécrose syphilitique des corps vertébr. du cou; mort subite. Americ. med. Times, nouv. série, VIII, 4, 5, Jan. —E. FOLLIN, Traité élément. de pathologie externe, t. I, p. 712.

A. OSTÉOPATHIES SYPHILITIQUES.

La connaissance des affections syphilitiques des os remonte au seizième siècle. Jean de Vigo (1) et Gab. Fallope sont les auteurs de cette époque qui nous ont laissé sur ce sujet les données les plus importantes. Après avoir parlé des douleurs ostéocopes, G. Fallope mentionne comme il suit les productions gommeuses des os : « Verum accidit ut post dolores vel cum doloribus tumores infestent circa

(1) Voy. *Aphrodisiacus*, p. 450.

articulos, internodia, in media fibula, in medio cubito, et his caput sæpe coronatur, ut regni gallici insignia præ se ferat. Isti tumores, cum contineant materiam crassam, quæ est veluti gummi eliquatum, ideo gummata gallica vocantur a medicis. Hi tumores duorum sunt generum, alter tophaceus est, alter autem minime. Tophacei sunt constantes ex materia penitus lapidosa et videntur veluti tophi ossei, vel materia illa, qua ligantur ossa fracta. Secunda species tumorum est, quando materies est mollis, quæ tripliciter apparet, nam aliquando est veluti laridum, aliquando est minus crassa et est similis polentæ, et est atheroma gallicum. Tertia species est sicut mel et dicitur meliceris gallica. In capite ut plurimum sunt vel substantia laridi vel mellis, vel polentæ. Circa pedes sunt majori ex parte lapidosi et tophacei, ita in tibiis, in intermediis, nunc tophacei, nunc molles existunt. Loca sunt ligamenta articulorum, corpora ossium, periostia, in quibus tumores dolorosissimi sunt; aliquando in superficie ossis crescit affectus iste. Materia est ut plurimum pituitosa, tenax et melancolica, cum natura bene concoquere non potest : aliquando miscetur bilis, et ita fit meliceris : aliquando crassa est, et melancolica, et fit tophus, vel steatomata (1).... »

Après Fallope, Duverney, Bertrandi, Astruc, J. L. Petit, Hunter, Swediaur, Bœttcher, B. Bell, Delpech, Ricord et Virchow sont les auteurs qui se sont le plus occupés des lésions syphilitiques osseuses. Toutefois, malgré leurs travaux et beaucoup d'autres, la vérité est que ces altérations sont jusqu'ici fort mal connues, en sorte qu'un travail sérieux sur la matière serait nécessaire aujourd'hui. On trouverait quelques données utiles dans les auteurs précités, et spécialement dans le mémoire de Virchow sur la syphilis constitutionnelle.

Les lésions syphilitiques du système osseux revêtent des formes variées. Bazin leur reconnaît trois modes anatomiques : le mode inflammatoire, le mode hypertrophique et le mode hétéromorphe. L'existence de ces diverses modalités n'est pas contestable ; mais, à notre avis, le mode hypertrophique, auquel le savant médecin de Saint-Louis rapporte l'exostose et l'hyperostose, ne se distingue pas nécessairement des deux autres. L'exostose et l'hyperostose ayant pour origine le plus souvent une inflammation ou une lésion gommeuse du périoste, il en résulte que les trois modes ci-dessus indiqués

(1) *De morbo gallico liber absolutissimus*. Patavii, 1564, p. 59; et *Aphrodisiacus*, t. II, cap. xv, p. 826.

peuvent rentrer dans les deux formes inflammatoire et gommeuse sous lesquelles nous groupons la plupart des lésions syphilitiques des organes. A ces deux formes il convient d'ajouter un troisième mode représenté par l'altération décrite récemment sous le nom de carie sèche (Virchow) et à laquelle, suivant nous, la dénomination de forme atrophique ou cicatricielle est très-applicable.

Forme inflammatoire. — Ostéo-périostite. — Les lésions qui se rattachent à cette forme doivent être étudiées simultanément dans le périoste et dans l'os, en raison de l'intime union de ces parties qui concourent à la formation d'un même organe ; toutefois n'oublions pas que les données peu précises que l'on possède jusqu'ici sur ce point de l'histoire de la syphilis rendent difficile une description exacte et positive de ces lésions qui, nous devons le croire, sont relativement moins fréquentes qu'on ne l'a supposé. C'est tantôt au niveau ou au voisinage du périoste, tantôt dans la profondeur de l'os que débute l'altération dont il s'agit ; à une injection plus ou moins marquée succède bientôt l'apparition d'un néoplasme de consistance habituellement un peu molle, mais parfois assez ferme et résistante. Au niveau du périoste, ce néoplasme forme une saillie plus ou moins circonscrite, un engorgement dont la partie la plus proéminente est arrondie et dont les limites se perdent insensiblement dans les tissus voisins. Dans l'épaisseur de l'os, on trouve les canalicules dilatés contenant une substance qui a été comparée au suc osseux ou à la substance du cal. Dans ces conditions, dit Vidal, l'os est d'abord tacheté, ses canalicules se développent, ils contiennent du sang rouge et un liquide transparent semblable au suc osseux ; ce qui du reste se remarque dans toutes les ostéites commençantes, quelle que soit leur nature. Puis il se produit un suc plus épais, ressemblant à celui du cal ; ou bien c'est une matière plastique organisable comme celle de certaines périostoses. Cette matière, qui peut être résorbée, s'organise quelquefois d'une façon définitive, et ainsi on peut rapporter à l'affection dont il s'agit, du moins en ce qui concerne les os du crâne, la description suivante de Babington : « L'épaisseur de l'os est augmentée considérablement, et le tissu osseux devient dense et pesant. La plupart du temps, le périoste reste intact ; mais il arrive souvent, pendant le cours de la maladie, qu'il est pris d'inflammation dans des points circonscrits, et alors il se soulève en formant de petits nodus. Ces nodus disparaissent généralement au bout d'une ou deux semaines

et sont remplacés par d'autres tumeurs semblables qui se forment ailleurs et disparaissent à leur tour de la même manière. Quelquefois cependant, au lieu de disparaître, ces nodus suppurent, et la surface de l'os se carie ; mais la portion de l'os qui meurt et s'élimine n'est pas considérable. L'ulcère se cicatrise sans s'étendre, laissant la surface osseuse inégale, et une cicatrice adhérente au tissu osseux. L'accroissement de volume de l'os disparaît en même temps que la maladie se guérit, excepté dans les cas où la maladie existe depuis longtemps. » L'épaississement de la voûte crânienne dans la syphilis avancée est en tous cas un fait fréquent que nous avons été à même de vérifier et que nous avons signalé ailleurs d'une façon toute particulière.

Au résumé, le tibia, la clavicule, le cubitus, les os du crâne et du nez, tous les os superficiellement placés en un mot, sont le siége plus spécial de l'inflammation syphilitique. Cette inflammation se termine le plus souvent par résolution, à la suite d'un traitement approprié ; en cas contraire, des éléments calcaires se déposent au sein du néoplasme, de là une production osseuse qui a reçu le nom d'exostose ou de périostose.

Les *exostoses syphilitiques*, lésions terminales habituelles de l'ostéo-périostite, peuvent encore, dans certains cas au moins, être dues à une gomme calcifiée ; mais cette dernière origine, vraisemblablement assez rare, doit peu nous occuper. Du volume d'un pois, d'une noisette ou d'une noix, d'une consistance dure, osseuse, ces productions sont généralement divisées en exostoses parenchymateuses et épiphysaires, ou bien en exostoses internes et externes, selon qu'elles font saillie à l'intérieur ou à l'extérieur des cavités osseuses.

L'exostose parenchymateuse s'observe à la suite de l'ostéite profonde par suite du dépôt d'une substance nouvelle dans l'épaisseur même de l'os. La nouvelle ossification peut revêtir le caractère du tissu aréolaire ou celui du tissu compacte. Constituée par des lames ou des lamelles qui laissent entre elles des aréoles, elle a reçu de quelques auteurs le nom de cellulose ou de laminée ; formée de tissu compacte, elle est dite éburnée lorsqu'elle produit, avec l'accroissement de volume, l'augmentation de poids et de densité du tissu osseux (1). Remarquons que ces caractères semblent appartenir à la plupart des exostoses.

(1) Vidal, p. 483.

L'exostose épiphysaire est plutôt la conséquence d'une périostite. Dans le principe, cette tumeur ordinairement multiple est accolée à l'os, auquel elle finit par adhérer, et de là l'idée de la comparer à une sorte d'épiphyse dont la forme est d'ordinaire assez variable. Tantôt hémisphérique, elle est d'autres fois conique, allongée ou aplatie, ou bien c'est une crête qui affecte la disposition annulaire de certaines syphilides (Ricord, *Iconographie*). A part cette disposition, à laquelle on ne peut cependant attribuer qu'une faible valeur diagnostique, il faut reconnaître que les tumeurs osseuses syphilitiques manquent encore de caractères distinctifs ; du reste, les descriptions qu'on en a données semblent avoir été en grande partie calquées sur celles des tumeurs de même structure et de nature différente.

Forme gommeuse. — Les gommes du tissu osseux ne sont pas extrêmement rares. Elles occupent soit le périoste, soit l'os lui-même, et alors la substance médullaire est leur point de départ plus spécial.

Au niveau du périoste, la gomme se présente sous forme d'une tumeur à base fixe, plus ou moins bien circonscrite, molle et fluctuante, constituée par une substance tantôt analogue à une solution de gomme, tantôt plus consistante et d'une coloration blanchâtre ou jaunâtre. De même que les gommes du tissu cellulaire et des muscles, cette production finit par se ramollir ; elle enflamme, ulcère les tissus voisins et perfore la peau qui se trouve à son voisinage. Dans d'autres cas, elle s'encroûte de sels calcaires préférablement à tous les autres produits gommeux et constitue ainsi une variété d'exostose ou d'hyperostose.

Situées dans l'épaisseur de l'os, les gommes osseuses se comportent d'une façon un peu différente, suivant qu'elles envahissent un os long ou un os large. Dans les os longs, elles ont pour siége habituel le canal médullaire, ainsi que le montrent les planches de Ricord (1), et se trouvent constituées par une matière de coloration et de consistance lardacée. Dans l'un des exemples précités, Ricord décrit ainsi qu'il suit cette altération : « Les deux radius, qui étaient le siége de douleurs ostéocopes très-violentes et d'exostoses, présentaient à leur partie inférieure une hypertrophie très-remarquable ; le radius droit offrait à un pouce et demi de son extrémité inférieure un renflement assez considérable pour faire croire dans le premier moment à une ancienne fracture mal con-

(1) *Iconogr.*, pl. VII *bis* et XXXI.

solidée ; en l'examinant plus attentivement, on ne tardait pas à s'apercevoir qu'il y avait là hypertrophie avec développement des canâlicules osseux ; l'os était plus rouge et plus poreux que partout ailleurs ; le corps médullaire était durci, jaunâtre, et rappelait l'aspect et la consistance du lard rance ; le radius gauche était hypertrophié de la même manière, mais sur une étendue beaucoup plus considérable ; toute la moitié inférieure était envahie. » La plupart des os peuvent devenir le siége de cette altération ; dans un second cas observé par M. Ricord, c'est le tibia qui était atteint.

Tout porte à croire que les lésions gommeuses de la cavité médullaire des os sont plus fréquentes que ne permet de le supposer le petit nombre de faits connus, et, si on les observe rarement, cela tient évidemment à la négligence qu'on apporte en général dans l'examen anatomique du système osseux. Lorsqu'elles occupent les os larges, ces productions ont pour siége de prédilection les os du crâne, où le plus souvent elles se développent dans le diploé, refoulant, écartant les lames de substance compacte, dont elles finissent par amener la nécrose ou peut-être même la carie, ainsi que Dittrich (1) le mentionne dans un cas d'infiltration de la substance osseuse par un exsudat blanc grisâtre, d'aspect lardacé. Quelquefois le néoplasme devient ici une cause de perforation (2) ; il ne diffère pas au reste de ceux de la cavité médullaire des os longs (3). Chez un nouveau-né syphilitique, portant un pemphigus et des foyers dans le poumon, Charrier trouva, entre les os du crâne et la dure-mère, de larges taches qui semblaient suppurées (4). L'examen microscopique fait par Follin démontra que ces taches étaient constituées par un amas de tissu fibro-plastique, sans trace de pus. Dans deux cas observés par Virchow, il s'agissait d'une masse dure, résistante, sèche, d'un blanc jaunâtre, dans laquelle l'examen microscopique révéla une métamorphose graisseuse à granulations fines, provenant de corpuscules conjonctifs de nouvelle formation (5).

La résorption du nouveau produit, la suppuration de l'os, la carie

(1) *Prager Vierteljahrschrift*, 1849, fasc. I, p. 20.

(2) Voir Observ. Dufour, *Bulletins de la Société anatomique*, année 1853.

(3) Gosselin, *Sur une nouvelle indication du trépan* (*Archiv. méd.*, et *Journal* de Malgaigne, 1853, t. XIII, p. 351).

(4) *Gaz. des hôpit.*, 1854, n° 43.

(5) *Gesammt. Abhandlungen*, p. 503, et *Pathologie cellulaire*, traduit de l'allemand sur la seconde édition, par Paul Picard. Paris, 1865.

et la nécrose, sont les divers modes de terminaison des lésions gommeuses des os. Si, en effet, l'observation et l'analogie portent à supposer que dans certains cas ces lésions sont susceptibles de se résoudre et de disparaître sous l'influence bienfaitrice d'un traitement approprié, il y a lieu de penser que dans d'autres circonstances elles se ramollissent et peuvent devenir le point de départ de l'ostéomyélite suppurée, qui est en général une affection grave. Le passage suivant, que nous empruntons à Astruc, semble tout au moins favorable à cette opinion. « On a même observé dans les cadavres, dit cet auteur, que la moelle des os était quelquefois enflammée, suppurée et ulcérée, ce qui avait causé dans la cavité des os des douleurs terribles et comme si on les avait cassés, des abcès, des exostoses et des caries. » Ce mode de terminaison est néanmoins rare; quelquefois en effet on a pu prendre pour du pus ce qui n'était qu'un produit gommeux ramolli.

La *carie*, bien étudiée par Babington (1), commence, dit cet auteur, dans le tissu réticulaire de l'os et perfore graduellement sa lame externe. La maladie forme alors une tumeur molle, qui, si on vient à l'ouvrir, donne issue à un liquide glaireux. Le périoste se montre un peu épaissi, et l'os sous-jacent est dénudé. Au centre de la portion dénudée, on aperçoit un petit trou qui traverse l'enveloppe corticale de l'os et communique avec son intérieur. Cette affection est très-commune au crâne et s'observe de temps en temps sur les tibias, sur la mâchoire inférieure et sur le cubitus. Elle constitue dans ses formes les plus graves la carie vermoulue (*worm-eaten*), que l'on voit quelquefois envahir les os du crâne dans une grande étendue. » Cette forme de lésion relativement peu fréquente et qui a la plus grande analogie avec la carie sèche et atrophique dont il sera bientôt question est évidemment produite par la présence d'un dépôt plasmatique ou gommeux dans l'épaisseur même de la substance osseuse. En cela surtout elle diffère de la plupart des caries non syphilitiques.

Les *nécroses* qui succèdent aux lésions gommeuses sont importantes à connaître, en raison des caractères spéciaux qu'elles présentent dans un certain nombre de cas. Virchow donne la description suivante de celles de ces nécroses qui attaquent les os du crâne. « Cette

(1) Hunter, *Traité des maladies vénériennes*, p. 505; édition des *Œuvr. compl.*, trad. franç. de Richelot.

lésion marche ordinairement de dedans en dehors : une portion d'os nécrosé, à larges pores, à l'aspect vermoulu pour ainsi dire, mais à surface plane, se sépare de l'os vivant par une ligne de démarcation dentelée, tout en conservant des angles nettement tranchés. Les bords de ce dernier, qui se sclérose de plus en plus, s'élèvent par l'apposition de nouvelles couches osseuses et dépassent la partie mortifiée. Des lésions analogues se forment tantôt à une grande distance, tantôt les unes à côté des autres, et alors les foyers se réunissent, et occasionnent ces vastes désordres qui détruisent presque toute la voûte crânienne. Les signes de l'irritation du périoste manquent entièrement, ou ils sont à peine marqués. » Mais c'est, avant tout, par le séquestre percé de trous et d'orifices qui se réunissent à l'intérieur, que la nécrose syphilitique peut se distinguer notablement des autres formes de nécrose, dans lesquelles le séquestre, quand il provient de la couche corticale, offre une surface lisse, polie, compacte, égale et ayant l'aspect d'un os normal ; ajoutons que le tissu environnant, qu'il soit ou non nécrosé, est souvent éburné et lourd, ce qui constitue un contraste bien tranché. Remarquons avec Follin que les nécroses syphilitiques des os du crâne déposées au musée Dupuytren présentent une disposition qui rappelle les demi-cercles de certaines syphilides annulaires ou semi annulaires. Cette disposition circulaire ou serpigineuse appartient encore, ainsi que nous le verrons, à certaines lésions viscérales.

Forme atrophique, *carie sèche*, *cicatrices osseuses*. — Cette altération, déjà remarquée de Bertrandi, de Cullerier et de Ricord, est beaucoup mieux connue depuis les intéressantes recherches de Virchow. Elle a pour siége spécial les os du crâne, et souvent elle coexiste avec des tumeurs gommeuses du périoste. Par son début lent et insidieux, elle n'est jamais manifeste qu'après un certain temps de durée. Elle se montre sur un ou plusieurs points sous forme de foyers caractérisés au centre par un travail de raréfaction ou d'atrophie (travail régressif) et à la circonférence par un travail de prolifération ou d'hypertrophie (travail progressif).

La raréfaction commence constamment par l'élargissement des canaux médullaires ou vasculaires de l'os. On voit des orifices béants, des pores qui sont les extrémités des canaux droits de la substance corticale, et en même temps des sillons convergent vers l'endroit affecté, lesquels sont formés par des canaux parallèles à la surface de

l'os. Au début, la substance corticale de l'os se creuse dans une petite étendue ; cette dépression prend un aspect étoilé et offre une grande analogie avec certaines cicatrices de la muqueuse et surtout avec celles qui sont la suite d'ulcérations syphilitiques (muqueuse du vagin, du nez, etc.). Cette dépression stellaire augmente en circonférence et en profondeur ; les canaux médullaires du pourtour s'élargissent; le centre se déprime et prend la forme d'un entonnoir, tandis que les bords se taillent à pic, deviennent anfractueux, ridés et froncés. La partie corticale de la table interne ou externe se creuse peu à peu ; le fond de l'entonnoir se trouve dans la partie spongieuse du diploé, et parfois il peut y avoir une perforation véritable de l'os, due à la rencontre de deux entonnoirs se correspondant comme deux cônes par leurs sommets.

Pendant que se produit ainsi l'usure de l'os, une substance osseuse, de nouvelle formation, se dépose à la périphérie : c'est d'abord une pellicule mince, molle, très-vasculaire, qui s'ossifie rapidement, constitue une couche d'ostéophytes blanchâtres et finit par faire corps avec l'os primitif. Vasculaire au début, l'ostéophyte s'éburne et se sclérose peu à peu, et produit une hyperostose qui forme autour de la dépression un bourrelet irrégulier et mamelonné. De la substance osseuse se dépose aussi au fond de l'endroit affecté ; en ce point naissent de nouvelles parties osseuses qui produisent à la fin une sclérose de toute la partie malade. Cette sclérose peut s'étendre très-loin et se continuer à la face opposée de l'os dans une couche d'ostéophytes et d'hyperostoses.

Comme en somme tout porte à croire que cette lésion particulière succède à une infiltration gommeuse dont elle n'est que le dernier terme et en quelque sorte la cicatrice, c'est le moment de dire quelques mots des *cicatrices* osseuses syphilitiques qui succèdent à la carie et à la nécrose, et qui, de l'avis même de Virchow, représentent en grand ce qui existe en petit dans l'atrophie inflammatoire : manque de production (productivité) au centre, excès de production à la périphérie. Si l'os a été entièrement détruit dans un point, comme cela s'observe à la cloison des fosses nasales, au palais, etc., en général il ne se reforme aucun tissu régénérateur, ou du moins aucune production osseuse. Cela n'est nulle part aussi marqué qu'au crâne, où pourtant les perforations osseuses sont limitées en dedans par un organe susceptible d'ossification, la dure-mère. Contrairement à ce qui se passe

pour d'autres affections osseuses, celles de ces lésions qui ont une origine syphilitique sont difficilement réparables par du tissu osseux. Aussi voit-on la partie centrale de la cicatrice formée par une masse peu vasculaire, blanchâtre, compacte, se rétrécir de plus en plus, abaisser la voussure naturelle du crâne et finir par amener une dépression plus ou moins profonde en vertu d'une propriété rétractile que nous retrouverons dans les cicatrices viscérales. Au contraire, les parties osseuses périphériques subissent des modifications d'une autre nature ; elles sont affectées, dit Virchow, de sclérose avec hyperostose. Les cavités médullaires se remplissent de plus en plus de substance osseuse, l'os devient dur, épais, lourd, puis tout à fait éburné, et, à sa surface, s'élèvent peu à peu des saillies lisses, petites, unies ou mamelonnées, qui ne présentent ni le volume ni l'état poreux de celles qui se produisent en si grande abondance dans les nécroses mercurielles ou phosphoriques des os maxillaires. Les perforations de la voûte palatine ont des bords tranchants, lisses et durs; un tissu cicatriciel, épais, blanchâtre et peu abondant les recouvre. Quand il s'agit d'altérations persistantes comme dans l'ozène syphilitique, les mêmes modifications surviennent encore. Le nez affaissé est soutenu par des os épais, souvent éburnés; au lieu de former un toit, les os propres du nez convergent en sens inverse, forment un sillon profond qui remplace l'arête saillante normale. La surface de ces os est parcourue par de nombreux sillons vasculaires affectant une forme radiée. Cette tendance à la sclérose et à l'hyperostose ne reste pas limitée à l'endroit primitivement affecté, elle s'étend au loin à la périphérie, jusqu'aux os de la base du crâne par exemple. Si la nécrose n'attaque pas la totalité de l'épaisseur d'un os, il reste à sa suite une dépression irrégulière ou en godet, à peine comblée par le tissu régénérateur.

Telles sont, d'après les connaissances actuelles, les différentes modifications anatomiques que subit le système osseux influencé par la syphilis. Malgré quelques desiderata, il faut néanmoins reconnaître que ces lésions se manifestent avec des caractères qui déjà dévoilent leur origine et leur nature. L'ostéite et la périostite, les gommes, la nécrose, les cicatrices osseuses même constituent autant d'altérations qui présentent chacune des caractères particuliers et un cachet spécial que nous retrouverons dans la plupart des lésions qu'il nous reste à étudier. L'ostéite et la périostite sont avant tout adhésives. Les

gommes se distinguent non-seulement par leurs caractères spécifiques, mais encore par leur évolution ; les tubercules des os, qui pourraient leur ressembler, occupent de préférence les extrémités articulaires. La nécrose se différencie par son siége et l'état particulier du séquestre. L'atrophie ou carie sèche est remarquable par un siége spécial, par une certaine tendance à l'improductivité, et par une lenteur d'évolution. Les déformations qui résultent de ces lésions, celles du nez, par exemple, ont elles-mêmes un cachet tout particulier et fort bien connu.

Ce sont là les manifestations immédiates de la diathèse syphilitique sur le système osseux. Mais il est d'autres lésions osseuses qui, par cela qu'elles ont un rapport plus éloigné avec la syphilis, ne se rattachent pas moins à cette maladie : telles sont les nécroses et les caries consécutives à des ulcères des parties molles, à des productions gommeuses voisines des os ou même du périoste, etc. Ces lésions, nous devons les signaler, mais nous n'avons pas à insister sur leur description.

Il nous reste à mentionner une lésion du tissu osseux sur la nature de laquelle on est jusqu'ici peu d'accord, mais qui, suivant certains auteurs, aurait, dans quelques cas du moins, une origine syphilitique. Je veux parler du *ramollissement* des os. A. Paré (1) déjà signale nettement l'existence de cette altération lorsqu'il dit que la vérole liquéfie les os comme si c'*était métal fondu.* Morgagni cite des exemples qui y ont rapport, et Portal (2) en parle également. Dernièrement, dit Simon, Marjolin rappelait, dans son cours, un fait de ramollissement syphilitique de l'apophyse mastoïdienne (3). Cependant, Swediaur et plusieurs autres auteurs d'un mérite égalementin-contestable repoussent l'ostéomalacie syphilitique. Nous partageons pour notre compte l'opinion de Swediaur, et nous croyons, comme lui, qu'il n'y a aucun fait bien constaté qui prouve l'existence réelle d'un ramollissement syphilitique des os. Les faits rapportés par Venot de Bordeaux (4), et plusieurs fois invoqués en faveur de ce ramollissement, ne sont en effet rien moins que concluants. L'enseignement au-

(1) *Œuvr. complètes,* édit. Malgaigne, t. II, p. 527.

(2) *Traité du rachitisme.* Paris, 1797.

(3) Thèse de Paris, p. 25, 1847.

(4) *Accidents tertiaires de la syphilis, friabilité des os.* Bordeaux, 1846, et *Gaz. médic. de Paris*, 1847.

quel ils donnent lieu, c'est que certains points du système osseux peuvent s'altérer par le fait de la syphilis, et qu'il peut en résulter une fracture à la suite de la plus légère cause occasionnelle, et rien de plus. Mais cette fracture, quel que soit son siége, rotule, clavicule ou fémur, est bien plutôt l'effet d'une altération toute locale, d'une tumeur gommeuse, par exemple, que d'une modification générale du système osseux, telle que l'ostéomalacie. Nous n'admettons par conséquent pas que la syphilis produise d'autre ramollissement osseux que celui qui peut être la conséquence de l'une des altérations ci-dessus décrites. A cet égard, disons-le, nous avons le regret de n'être pas tout à fait d'accord avec Lagneau et Vallin, dont la tendance est de croire en pareil cas à un ramollissement qui aurait pour cause immédiate une dégénérescence amyloïde du système osseux. Plus loin, nous éclaircirons ce point, en prouvant que cette dégénérescence n'a jamais qu'un rapport indirect avec la syphilis.

Les symptômes propres aux affections syphilitiques des os varient avec l'étendue et la nature des lésions anatomiques. Ils sont subjectifs et objectifs.

Symptômes subjectifs. — La douleur, l'un des plus importants parmi ces symptômes, mérite une grande attention. Car, s'il arrive parfois de constater son existence indépendamment de toute lésion appréciable, il n'en est pas moins vrai de dire que le plus souvent elle se lie à une lésion matérielle des os ou des tissus fibreux. Ce fait du reste est prouvé par bon nombre d'autopsies qui ont permis de découvrir des altérations matérielles de la dure-mère, par exemple, ou des exostoses de la table interne des os du crâne dans des cas où, pendant la vie, on avait observé pour tout symptôme des douleurs ostéocopes.

Ces douleurs observées dans le cours des diverses altérations syphilitiques des os, mais plus fréquentes dans la première des formes que nous avons admises, sont vagues à leur début, et parfois tout le squelette semble endolori ; bientôt elles se localisent au niveau du point malade, et surtout dans les os longs des membres et dans les os du crâne ; elles sont profondes, et les malades les font partir de la moelle des os ; elles sont aiguës, déchirantes, térébrantes, facilement atténuées par la pression, mais quelquefois exaspérées par le moindre attouchement s'il y a ostéite ou périostite. Ces douleurs, de plus, sont nocturnes, et c'est là un de leurs caractères les plus précieux, mais auquel il ne faut cependant pas attacher

une valeur diagnostique trop grande. Ordinairement mobile, légère ou nulle pendant le jour, la sensation douloureuse s'exaspère avec le crépuscule pour disparaître avec l'aurore et faire place au sommeil. Les premières heures de la nuit sont les plus cruelles, à cause, sans doute, de l'échauffement des parties sous l'influence de la chaleur du lit. Ricord observe, en effet, que les malades qui font du jour la nuit et réciproquement présentent des douleurs dont l'apparition est en rapport avec leurs habitudes. Nélaton ajoute même que les malades affectés de douleurs ostéocopes peuvent, en voyage, s'en débarrasser entièrement, pourvu qu'ils restent plusieurs nuits sans se mettre au lit. Vidal cependant n'est pas tout à fait du même avis ; il dit qu'on voit, dans le monde, des vénériens qui, voulant veiller, restent à l'air ou se promènent en voiture, et qui cependant n'en souffrent pas moins quand l'heure fatale est sonnée, et cela comme s'ils étaient couchés dans un lit bien chaud.

Lorsqu'elles ont leur siége dans les os du crâne, ce qui est le cas le plus fréquent, ces douleurs joignent quelquefois, à l'insomnie qui les accompagne, des troubles de la vue, des vertiges et des étourdissements.

Symptômes objectifs. — Ils varient selon qu'il s'agit de l'une ou de l'autre des modalités pathologiques ci-dessus établies. Un gonflement mal circonscrit, empâté dans sa circonférence, est le propre de l'ostéo-périostite; douloureux à la pression, ce gonflement, lorsque l'os est superficiellement placé, coexiste avec la rougeur ou même avec une légère augmentation de température d'une plus ou moins grande étendue de la peau. La résolution en est le terme ordinaire, rarement il est suivi de suppuration. Pédiculées ou intimement adhérentes à l'os, les exostoses qui surviennent dans ces conditions se font remarquer par leur dureté, leur consistance osseuse, leur forme arrondie ou aplatie, leur tendance à persister pour ainsi dire indéfiniment si on ne fait intervenir un traitement spécifique.

Les gommes du périoste se présentent sous forme de petites tumeurs arrondies, peu douloureuses, de consistance ferme ou un peu molle, et dont l'évolution ne diffère pas notablement de celle des productions du tissu cellulaire sous-cutané. Après un certain temps, elles se ramollissent, enflamment et ulcèrent les tissus voisins, finissant quelquefois par se faire jour à l'extérieur, et de là des excavations, des trajets fistuleux plus ou moins longs à se cicatriser. Lors-

qu'elles siégent dans l'épaisseur des os ou dans le canal médullaire, ces mêmes tumeurs n'offrent tout d'abord aucun signe objectif. Une douleur violente est le seul phénomène qui permette de les soupçonner ; plus tard, s'il survient une ostéo-myélite ou une nécrose, on constate les symptômes propres à ces complications. Au niveau des os plats et dans les os du crâne en particulier, les tumeurs gommeuses peuvent, en écartant les lames osseuses, produire des saillies et des nécroses qui mettront sur la voie du diagnostic. Ainsi que nous l'avons dit, la nécrose procède ici du dedans au dehors ; à sa suite restent des cicatrices ou de véritables excavations qui persistent indéfiniment, comme des témoins du passage de la syphilis. Aux os du crâne, où elles ont leur siége habituel, ces cicatrices sont profondes, leurs bords sont épais, indurés, rugueux, inégaux par les ostéophytes qui y sont surajoutés. A la voûte palatine, c'est dans certains cas une perforation définitive qui succède aux désordres en question.

La *carie sèche* ou atrophie inflammatoire, uniquement caractérisée, au point de vue symptomatique, d'abord par des douleurs ostéocopes et par une légère saillie sous-périostique, présente plus tard des dépressions qui s'accroissent peu à peu sans donner lieu à l'élimination d'aucun séquestre.

Aux symptômes qui viennent d'être décrits, et qui indiquent l'altération directe du tissu osseux, s'ajoutent encore des désordres variés dépendant de la compression ou de l'altération secondaire des organes voisins. Souvent ces désordres sont les seuls signes révélateurs des exostoses internes. Situées au voisinage des muscles, ces tumeurs osseuses peuvent gêner leur contraction, et la régularité des mouvements de tout un membre. Leur action sur les vaisseaux est susceptible de produire l'œdème. Comprimés par ces tumeurs, les tubes nerveux peuvent s'altérer et donner lieu à une atrophie musculaire consécutive (1), à des troubles de la sensibilité et à des douleurs qu'il ne faut pas confondre avec la douleur spéciale, qui a pour point de départ la lésion même de l'os. Mais les effets de la compression sont graves quand l'exostose siége sur les os qui entrent dans la composition d'une cavité renfermant des organes d'une grande importance, comme la cavité crânienne ou rachidienne ; toutefois, il faut

(1) Rodet, *Gaz. médic. de Lyon*, 1859.

bien savoir qu'on a singulièrement exagéré ces effets, et que, par suite de cette erreur, on a trop souvent rattaché à une altération de l'os des désordres nerveux dépendant d'une modification anatomique de la substance nerveuse elle-même. C'est assez rarement en effet qu'on voit des troubles de la sensibilité ou du mouvement, sans caractères particuliers, avoir pour origine une lésion osseuse.

L'amaurose, qui est quelquefois la conséquence d'une exostose du sphénoïde, n'affecte en général qu'un seul œil. La paralysie des muscles oculo-moteurs et l'exophthalmie témoignent d'une exostose de la cavité orbitaire. Quoique rares, les exostoses du rachis deviennent à leur tour le point de départ de désordres variés toujours en rapport avec la fonction spéciale de la portion de moelle secondairement affectée.

Marche, durée, terminaison. — Lente et progressive est la marche générale des affections syphilitiques du système osseux. Longue est leur durée, comme celle du reste de la plupart des manifestations de même nature, d'autant plus longue, on peut dire, que la maladie est plus ancienne. Quant aux phases diverses que subissent ces affections et à leur mode de terminaison, nous en avons suffisamment parlé pour n'avoir pas à y revenir.

Diagnostic. — L'exposé qui précède nous a montré comment il est possible de distinguer entre elles les diverses lésison syphilitiques du système osseux. Il nous reste à différencier ces affections de toutes celles qui peuvent les simuler.

Deux symptômes, la douleur et la tuméfaction, appartiennent à la plupart des affections syphilitiques des os. A ces symptômes s'ajoute quelquefois le dérangement des fonctions de l'organe le plus voisin de l'os lésé. La réunion de ces symptômes, mais surtout la marche lente et le peu de réaction qui les accompagne : tels sont, avec la connaissance des antécédents morbides du malade, les éléments du diagnostic de l'ostéo-périostite syphilitique. Les exostoses syphilitiques, contrairement à la plupart de celles qui reconnaissent une autre origine, sont précédées ou accompagnées de douleurs ostéocopes, elles occupent la continuité des os les plus superficiels; elles sont uniformément hémisphériques, rarement multiples ou symétriques. A l'aide de ces caractères, on les distingue des exostoses ostéogéniques, qui se développent dans la période d'accroissement du

système osseux et qui sont toujours symétriques (1), des exostoses liées à la diathèse rhumatismale, dont le siége est en général voisin des articulations, et des exostoses traumatiques, qui s'accroissent indéfiniment pour ainsi dire et sans produire de douleurs exacerbantes.

Les lésions qui ont pour siége la profondeur du tissu osseux, les gommes de la substance médullaire, en particulier, qui pendant longtemps ne traduisent leur existence que par des douleurs profondes, sont quelquefois difficiles à reconnaître. Toutefois il est possible de les diagnostiquer en tenant compte des caractères de la douleur, de ses paroxysmes, et en faisant appel aux antécédents des malades. La nécrose et les phénomènes de l'ostéo-myélite, qui surviennent parfois dans ces conditions, sont d'autres signes indicateurs de ces affections. Certaines modifications du tissu osseux (altération graisseuse), dépendantes d'une intoxication chronique par l'alcool, peuvent prêter à la confusion, mais les douleurs osseuses de l'alcoolisme sont en général moins intenses que celles de la syphilis, elles ont pour siége non plus le crâne, mais particulièrement les membres. La dyscrasie syphilitique diffère du reste par ses diverses manifestations de la dyscrasie alcoolique. Quant aux prétendues affections osseuses produites par le mercure (2), qu'il nous suffise de dire qu'elles n'existent pas plus chez les malades qui ont été soumis à un traitement mercuriel que chez les ouvriers qui travaillent aux mines de mercure.

Pronostic. — Par elles-mêmes, les affections syphilitiques des os n'offrent pas une très-grande gravité. Cependant, lorsqu'elles viennent troubler les fonctions d'organes importants, tels que le cerveau et la moelle épinière, elles peuvent produire des accidents rapidement mortels. La suppuration qui accompagne parfois l'élimination des séquestres n'est du reste pas toujours sans danger. Un accident encore plus sérieux de ces affections est l'ostéo-myélite suppurée, qui vient dans quelques cas compliquer un dépôt gommeux du canal osseux. Envisagées à un point de vue plus général, ces lésions sont d'un pronostic sérieux, car d'une part elles révèlent une syphilis arrivée à sa troisième période, et d'autre part leur coexistence avec des lésions viscérales de même nature est un fait assez fréquent.

(1) Voyez Soulier, Thèse de Paris, 1864.
(2) Voyez L. Singer, *Wochenblatt der Zeitschr. der Wiener Aerzte*, 1857, n° 12; Pappenheim, *Handbuch der Sanitäts-Polizei*. Berlin, 1858, vol. II, p. 5.

B. CHONDROPATHIES SYPHILITIQUES.

Bien qu'à peine étudiées jusqu'ici, les lésions syphilitiques des cartilages n'en ont pas moins une existence incontestable, et par conséquent elles ne peuvent être passées sous silence. Elles n'envahissent pas indistinctement tous les cartilages, mais ceux-là seulement qui sont revêtus d'une toile fibreuse, analogue au périoste et qu'on nomme périchondre, comme par exemple les cartilages du larynx, qui sont en quelque sorte leur siége de prédilection. Ces cartilages, dit Vidal, peuvent être affectés de nécrose, et les séquestres être expulsés dans les efforts de l'expectoration. On rendrait un service immense au malade si l'on pouvait les extraire de bonne heure; car, jouant le rôle de corps étrangers, ils entretiennent l'irritation, la suppuration et sont pour beaucoup dans l'espèce de phthisie laryngée qui existe alors. (*Loc. cit.*, p. 497.)

J'ai observé un cas dans lequel les choses se sont passées d'une façon peu différente. La sanie purulente et gangréneuse, entretenue dans le larynx par la présence de fragments cartilagineux, profondément altérés, devint le point de départ d'une résorption qui amena des métastases gangréneuses et la mort. Je donne ici un résumé de ce fait dans le but surtout de montrer ce que peuvent être les effets secondaires de l'affection syphilitique du larynx.

Obs. XXI. — Une jeune femme de 32 ans, infectée d'une syphilis ancienne, avait vu depuis plusieurs mois sa voix s'altérer de plus en plus. Au moment de notre examen, elle est grande, forte, bien constituée, mais dans un état de profonde cachexie; pâleur et décoloration, bouffissure des téguments, chairs flasques et molles, etc. Elle présente tous les signes d'une altération avancée du larynx: aphonie, difficulté de la respiration et de la déglutition, toux, expectoration, léger gonflement au niveau de la partie supérieure du larynx, déformation, et *surtout odeur gangréneuse remarquable* de l'haleine.

Dans ces conditions elle est prise tout à coup de frissons violents qui se renouvellent deux fois en plusieurs heures, et huit jours plus tard elle succombe aux phénomènes d'une infection septique.

Autopsie. — Le larynx est tellement altéré, qu'on s'explique difficilement comment la vie a pu se continuer aussi longtemps. L'épiglotte est conservée, mais il n'y a plus de cordes vocales, plus d'insertions musculaires au squelette laryngien dont on trouve les fragments dénudés et ossifiés au milieu d'un magma verdâtre et de débris musculaires. — Coloration verdâtre de la trachée. — Œdème du poumon gauche, plusieurs points de pneumonie suppurée avec taches brunâtres ecchymotiques et foyers gangréneux à droite. — Cœur sain.

A la surface du péritoine et dans l'un des ovaires on trouve plusieurs taches verdâtres ayant la coloration et un peu l'odeur des plaques gangréneuses. Même altération au niveau des appendices épiploïques du petit bassin. La rate est volumineuse, d'aspect grenu, un peu molle et friable. Le foie, d'un volume normal, présente à la surface une cicatrice profonde, allongée, qui s'étend de son bord libre à la moitié supérieure de sa face antérieure. — Reins sains. — Cerveau intact.

Dans ce fait, la périchondrite syphilitique a été vraisemblablement le point de départ des accidents de la nécrose d'abord et plus tard de la gangrène du larynx, qui, à son tour, a produit une pneumonie métastatique, etc. ; mais, en somme, la syphilis seule doit être incriminée.

Les cartilages costaux paraissent susceptibles de la même altération. Bouisson raconte qu'il a vu une tumeur gommeuse dans l'épaisseur du muscle grand pectoral chez un homme qui avait en même temps une périchondrite syphilitique des cartilages costaux. Les fibro-cartilages sont très-probablement sujets à la même altération ; mais je ne connais aucune observation qui le démontre.

Quant aux cartilages d'encroûtement, ils n'offrent généralement de modifications anatomiques qu'autant que les tissus voisins, les os ou les membranes synoviales sont lésés. C'est ainsi que, parmi les observations qui vont suivre, il en est une où ces cartilages présentent une surface irrégulière, ulcérée, en même temps que les tendons sont le siége de dépôts gommeux.

C. ARTHROPATHIES SYPHILITIQUES TERTIAIRES.

Astruc, parlant des lésions des extrémités osseuses et des hyperostoses, ajoute que l'ankylose peut être la conséquence de ces affections. Fabre (1) reconnaît de même une ankylose syphilitique. Swediaur (2) dit que le gonflement douloureux des articulations et des os qu'on présume être fréquemment de nature rhumatismale ou goutteuse provient souvent du vice syphilitique.

Telle n'est pas, cependant, l'opinion de Hunter, qui ne se rappelle pas avoir jamais vu la syphilis constitutionnelle attaquer les articulations. Mais l'un de ses commentateurs, Babington, n'admet pas seulement qu'il puisse exister des arthropathies syphilitiques, il

(1) *Traité des maladies vénériennes*, 3e édit. Paris, 1777.

(2) *Traité complet des maladies vénériennes*, trad. franç. Paris, 1801.

fait remarquer que, parmi ces affections, les unes appartiennent plutôt à la période secondaire, et les autres à la période tertiaire (1). Ph. Boyer (2) prétend que les capsules fibreuses et les ligaments qui unissent et entourent les articulations sont souvent attaqués d'une inflammation syphilitique ; mais la description qu'il en donne est surtout relative à l'arthrite blennorrhagique.

Dans ses leçons de clinique médicale, Chomel (3) fait remarquer que la syphilis peut attaquer quelquefois les extrémités comme le corps des os longs, il admet une arthropathie syphilitique et cherche même à en établir le diagnostic différentiel. D'après ce professeur, l'arthropathie syphilitique se distingue du rhumatisme chronique par la limitation du travail morbide à un point quelconque de l'articulation, par la conservation des mouvements et leur exécution sans douleur appréciable. Ricord ne voit pas que l'existence des arthropathies syphilitiques puisse être nettement établie ; il ne pense pas, en tout cas, qu'elles aient un seul symptôme caractéristique.

Notions vagues, sans aucun fait à l'appui des assertions exprimées, c'est en quoi consiste jusqu'ici l'histoire des arthropathies syphilitiques. Au docteur Richet il appartenait de faire connaître avec plus de précision les lésions articulaires qui se lient à la syphilis. S'appuyant sur trois observations qu'il a rapportées dans un mémoire présenté à l'Académie, ce savant chirurgien admet deux variétés de tumeurs blanches syphilitiques : 1° la synovite articulaire ; 2° l'ostéite articulaire suivie de synovite, selon que la synoviale ou l'extrémité osseuse sont primitivement lésées. Depuis lors, Follin (4), dans un remarquable chapitre consacré à l'étude de la syphilis, parle d'un malade chez lequel une médication spécifique réussit tellement bien à combattre une affection articulaire du genou, qu'un traitement chirurgical proposé devint inutile. Ajouté aux observations de Richet, ce fait porte à quatre le nombre des cas de tumeur blanche syphilitique. Nous ignorons s'il en existe un plus grand nombre, mais toujours est-il que nous n'en avons pas trouvé d'autre malgré des recherches minutieuses à ce sujet.

(1) Voyez Hunter, *Œuvres complètes*, trad. fr., p. 565.

(2) *Traité pratique de la syphilis*. Paris, 1836, p. 158.

(3) *Leçons de clinique médicale. — Rhumatisme et goutte*, par Requin. Paris, 1837, p. 34.

(4) *Traité de pathologie externe*, t. I, p. 714

Tracée à l'aide de ces faits, l'histoire des tumeurs blanches syphilitiques (arthropathies tertiaires) manquait encore du contrôle anatomique. Un cas qu'il nous a été donné d'observer récemment nous permet de combler ce vide en même temps qu'il vient appuyer les faits rapportés par nos prédécesseurs.

Ulcères profonds disposés en groupe sur la partie latérale gauche du cou. — Altération ganglionnaire un peu au-dessous du pli de l'aine droite. Dyspnée, toux; symptômes de phthisie pulmonaire. Cachexie et mort. — Ulcérations et rétrécissements de la trachée et des grosses bronches. — Œdème des membres inférieurs et ascite. — Déformation du foie, gommes multiples dans l'épaisseur de cet organe. — Hypertrophie de la rate. — Altération de la plupart des ganglions viscéraux. — Ovarite double. — Arthrite syphilitique des deux genoux.

Obs. XXII. — La nommée G..., veuve D..., blanchisseuse, entre à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Joseph, le 10 juin 1863, dans le service de M. le docteur Gueneau de Mussy. C'est une femme pâle, maigre, cachectique, ayant toujours été mal réglée et sujette aux ophthalmies. Elle a eu des adénites sous-maxillaires et des gourmes. Elle présente dans la région sus-claviculaire gauche des ulcérations à bords réguliers, non taillés à pic, à fond blafard, d'apparence scrofuleuse. L'extrémité interne de la clavicule gauche est volumineuse ; il existe une tuméfaction au-devant du sternum. Les ganglions cervicaux sont un peu tuméfiés; le cuir chevelu est par places irrégulier et privé de cheveux. Il existe dans l'aine droite une ulcération linéaire, assez profonde, livide, de date ancienne. Les ganglions inguinaux sont médiocrement développés.

Aucun renseignement sur les antécédents propres ou héréditaires. Pas de traces évidentes de syphilis. La malade nie avoir jamais eu mal aux parties génitales; elle ne croit pas non plus que son mari ait été atteint d'une affection vénérienne.

Bien que délicate, cette femme dit qu'elle n'a jamais fait de maladie sérieuse; d'ordinaire elle ne tousse pas; elle n'a jamais craché de sang. — Depuis quelques mois seulement sa santé s'affaiblit, elle maigrit beaucoup; depuis 3 semaines à peu près elle tousse, sa voix s'est légèrement enrouée; elle devient de plus en plus oppressée, elle a perdu l'appétit et le sommeil, et la déglutition lui est devenue pénible. Depuis assez longtemps elle a de la *céphalalgie*, nullement plus violente la nuit que le jour. Au moment de l'entrée à l'hôpital, l'oppression est extrême, la malade ne peut même pas se coucher sur le dos.

Pas de signes physiques de tuberculisation. Signes de bronchite intense généralisée, emphysème, augmentation de volume du foie.

Traitement. — Cautérisation du larynx avec une solution de nitrate d'argent au 1/7°. — Vésicatoires, vomitifs, opium, toniques.

Durant son séjour à l'hôpital, la malade éprouve des alternatives de pis

aller et de mieux-être. Mais son état finit par s'aggraver de plus en plus : elle est prise de diarrhée alternant avec de la constipation, de vomissements répétés, elle perd complétement le sommeil et l'orthopnée devient plus considérable. Dans les 15 derniers jours, on observe des signes de péritonite subaiguë. Elle succombe enfin à la suite d'un érysipèle de la face, dans un état complet d'anéantissement (1).

Autopsie. — *40 heures après la mort.*

Aspect extérieur. — Sigillations sanguines sur le trajet des veines. Coloration verdâtre de la peau en quelques points. Œdème considérable des membres inférieurs; œdème à peine marqué au niveau de la paroi abdominale. A la partie supérieure de la cuisse droite, un peu au-dessous de l'arcade de Fallope, ulcération et perforation de la peau; les bords de cette perforation sont amincis et violacés. Profondément dans le tissu cellulaire se trouve un ganglion qui semble en suppuration quand on l'incise, mais qui présente simplement la dégénérescence gommeuse.

A la partie supérieure et latérale du cou, en arrière de l'angle de la mâchoire, existent plusieurs ulcérations d'apparence ecthymateuse, avec coloration violacée de la peau à leur voisinage. Dans le tissu cellulaire, immédiatement au-dessous de la mâchoire et sur la ligne médiane, se voit un ganglion gros comme une noisette, qui présente absolument la même altération que le ganglion de l'aine. Absence de cicatrices sur la peau. Pas de trace d'exostoses.

La *cavité abdominale* renferme plusieurs litres d'une sérosité claire et jaunâtre. Les intestins paraissent lavés; ils n'adhèrent pas entre eux. Ils ne présentent aucune altération, pas plus que l'estomac, l'œsophage et le pharynx.

La palpation du foie avant l'ouverture du cadavre nous avait conduit à diagnostiquer une lésion syphilitique ; il était en effet facile de s'assurer ainsi qu'il existait à la surface de cet organe des bosselures nombreuses et que son rebord inférieur présentait les plus grandes irrégularités.

Nous le trouvons adhérent au diaphragme à l'aide de quelques tractus membraneux, situés principalement au niveau de son bord droit et de quelques-uns des sillons qui parcourent sa face antérieure. Il a 25 cent. de largeur sur 20 de hauteur; sa forme générale est plutôt triangulaire qu'elliptique ; sa face supérieure est parcourue par des sillons très-profonds et des rigoles également très-creuses. Ces sillons et ces rigoles ont les uns une direction transversale, les autres une direction antéro-postérieure. Il en est qui ont jusqu'à 2 centimètres de profondeur, entre autres un sillon transversal qui divise le lobe droit en deux parties. Outre les mamelons limités par ces sillons, on aperçoit à la surface du foie, au niveau de chaque lobe, plusieurs saillies dures, fermes, blanchâtres, formées par des tumeurs gommeuses. Dans toute sa moitié postérieure, la face inférieure est composée

(1) Tous ces détails nous ont été fournis par M. Lemaire, interne distingué des hôpitaux. Nous avons rapporté sans y rien changer la note qu'il a bien voulu nous communiquer. L'autopsie a été faite par nous-même.

de petites saillies dont le volume varie entre celui d'un pois et celui d'un œuf de pigeon. Le lobule de Spigel est déformé. L'éminence porte antérieure est doublée de volume, sa surface est lisse, elle ne contient pas de produits gommeux. Les bords de l'organe sont remarquables par leur état mamelonné, tous sont déformés ; le bord tranchant, qui est le plus épais, est constitué par cinq mamelons, dont 2 sur le lobe gauche et 3 sur le lobe droit. Le bord antérieur est relativement le plus mince ; on y voit une série de petits mamelons de la grosseur d'une prune ou d'un œuf, constitués par du tissu hépatique ; quelques-uns de ces mamelons ne sont reliés au reste de l'organe que par une toile fibreuse composée de la capsule de Glisson et d'un tissu fibreux interposé aux deux feuillets de cette membrane, la substance hépatique ayant entièrement disparu en ce point. Des mamelons assez semblables à ceux que je viens de décrire défigurent le bord droit. Sur le bord gauche, la lobulisation existe aussi, mais elle est moins prononcée.

En pratiquant une coupe antéro-postérieure, au niveau de la partie moyenne du lobe droit, on découvre une tumeur gommeuse qui occupe au moins les 3/4 de l'étendue de ce lobe. Cette masse d'une couleur blanc de paille, ferme, élastique, d'aspect fibreux, ne se laisse pas pénétrer par le doigt ; elle semble constituée par 4 ou 5 tumeurs agglomérées et déposées au sein d'une substance fibreuse rétractile, au-dessus de laquelle elles font saillie. La surface de la coupe présente, au voisinage des tractus fibreux, quelques orifices, rudiments des veines sus-hépatiques. Toute la masse gommeuse se trouve circonscrite par une capsule épaisse, fibreuse, rosée ou blanchâtre, au sein de laquelle on trouve encore quelques dépôts blancs, gommeux, du volume d'une lentille ou d'un pois. Une autre coupe antéro-postérieure, pratiquée au niveau de la partie moyenne du lobe gauche de l'organe, met à découvert une autre masse gommeuse ne différant de la précédente qu'en ce qu'elle est traversée par plusieurs conduits hépatiques dilatés, plus ou moins altérés et contenant des amas de matière colorante biliaire. Cette masse, constituée par une substance en tout semblable à celle de la première tumeur, semble formée, comme elle, par l'agglomération de plusieurs nodules ; elle est également circonscrite par une zone fibreuse très-épaisse et très-résistante qui la sépare du tissu hépatique et dont elle peut s'énucléer. La surface de section de ces différentes tumeurs n'est pas toujours lisse et uniforme, on y voit quelquefois de petites dépressions comme s'il existait des espaces vides dans leur épaisseur.

Outre ces deux grosses tumeurs, on rencontre principalement sur le lobe gauche plusieurs autres masses moins volumineuses (grosses comme un pois ou un œuf de pigeon) et également enveloppées d'une zone fibreuse au-dessus de laquelle elles font saillie. Quelques-unes, inégales à la coupe, sont traversées par un canalicule hépatique ; toutes sont constituées par une trame fibreuse au sein de laquelle sont dispersés de nombreux noyaux, la plupart ronds ou elliptiques, sans disposition spéciale, comme le veut Wagner et ainsi qu'on peut le voir sur l'un de nos dessins (*pl.* 3), fort

bien exécuté par notre collègue le docteur Cornil, qui a bien voulu nous remettre à ce sujet la note suivante : Les petits îlots circulaires très-riches en noyaux, qui sont représentés en A et A' et qui paraissent se rapporter à la description du syphilome de Wagner, m'ont paru n'être autre chose que la coupe perpendiculaire à la direction de parties cylindriques et allongées. Sur d'autres coupes du même foie pratiquées dans diverses directions, j'ai vu en effet des tractus allongés, de même diamètre que les îlots précédents, également très-riches en noyaux, et présentant parfois une division dichotomique, comme si c'étaient des vaisseaux. Aussi me suis-je arrêté à cette hypothèse que c'étaient les vaisseaux préexistants du foie qui auraient subi, comme tout le tissu cellulaire de l'organe, une hypergénèse considérable de noyaux, et dont la lumière aurait été par suite oblitérée. Cette opinion est d'autant plus admissible que j'ai vu figurée en A' la coupe d'une de ces productions dont le centre était vide.

En dehors de ces productions gommeuses, la substance du foie, d'une teinte jaune café au lait, se trouve parsemée de marbrures rougeâtres; elle est un peu molle sans être friable ; elle offre l'aspect du foie qui a subi la dégénérescence graisseuse. La vésicule biliaire renferme un calcul, la bile est liquide et verdâtre.

La *rate* est augmentée de volume (20 cent. de hauteur); la capsule fibreuse, épaissie et blanchâtre, adhère en quelques points au diaphragme. A la coupe, on voit cette capsule épaissie se prolonger dans le parenchyme. Celui-ci est pour ainsi dire carnifié, assez ferme mais friable, d'une couleur brunâtre, parsemée de quelques taches noirâtres sous produit gommeux.

Le *pancréas* est ferme, ratatiné, cirrhosé.

Les *reins* ont leur volume normal ; on les sépare facilement de leur capsule fibreuse, excepté en quelques points où la substance corticale se laisse déchirer. Ils ne présentent pas d'altération sensible à l'œil nu ; l'examen microscopique montre quelques tubuli seulement en état de desquamation.

Ganglions lymphatiques. — Quelques ganglions lymphatiques sous-cutanés sont le siége d'altérations. Ils occupent les régions sous-maxillaires, sous-mentonnière et inguinale droite. Deux de ces ganglions, ayant le volume d'un petit œuf de pigeon, présentent une coloration jaune, une consistance caséeuse ; ils offrent à la coupe la plus grande analogie avec les gommes, et sont constitués surtout par l'hypergénèse des éléments de tissu connectif.

Les ganglions profonds ou viscéraux sont généralement malades. Dans la poitrine, on trouve, au-devant du péricarde, entourés d'un coussinet graisseux, deux ganglions larges, volumineux, un peu mous, grisâtres, offrant à la coupe une apparence médullaire. D'autres ganglions altérés se rencontrent dans plusieurs points de la poitrine, entre autres au niveau de la racine des poumons. Au-devant de la colonne vertébrale, et surtout dans la région lombaire, la plupart de ces organes sont triplés ou quadruplés de volume, grisâtres, mous, ayant à peu près le même aspect que ceux de la

poitrine. Les ganglions qui accompagnent les vaisseaux iliaques présentent la même altération. Les ganglions mésentériques sont un peu plus fermes; ils sont également volumineux, brunâtres ou blanchâtres.

Les *uretères* et la *vessie* sont sains.

L'*utérus*, normal quant à sa structure, est de petit volume.

Les *trompes*, distendues par un liquide couleur chocolat, adhèrent aux ovaires. Ceux-ci sont augmentés de volume, durs, fermes, résistants sous le doigt, à peu près entièrement composés de tissu fibreux. On n'y trouve pas de vésicule de Gräfe, mais seulement quelques kystes très-petits et quelques taches brunâtres. Leur surface extérieure, légèrement inégale, est occupée en quelques points par une substance grenue et jaunâtre.

Les glandes de la partie postérieure de la langue sont saillantes, jaunâtres et volumineuses.

L'*épiglotte* est un peu épaissie. Le larynx est sain ainsi que la surface interne de la trachée jusqu'à 3 cent. 1/2 au-dessus de sa bifurcation. A ce niveau, la trachée est rétrécie et présente des ulcérations profondes qui ont détruit la muqueuse et entamé les cartilages. Les ulcérations sont au nombre de 3; elles occupent la partie inférieure de la trachée et la bronche droite; l'une d'elles, qui se montre à la partie inférieure de la trachée, offre 1 centimètre environ d'étendue; une autre, au niveau de la bronche droite, a près de 3 centimètres; le fond en est constitué par du tissu fibreux sous forme de tractus formant des espaces comblés par des ganglions lymphatiques fermes et noirâtres. Un peu plus loin se trouve un ganglion qui est le siége d'un dépôt gommeux. Les bords de ces ulcérations sont mous, irréguliers, festonnés, fibreux; les anneaux cartilagineux sont nettement coupés.

La bronche gauche est plus rétrécie que la droite; elle n'a pas 2 centimètres de diamètre, plus bas elle mesure 4; c'est à peine si elle peut loger un porte-plume de petit volume; sa muqueuse est comme cicatrisée, à ce niveau les cartilages sont altérés mais non détruits. — Toutes les ramifications bronchiques sont intactes.

Les sommets des poumons sont sains; le parenchyme de la base du poumon droit est moins aéré, plus ferme, induré en même temps qu'un peu œdématié. L'examen microscopique fait reconnaître à ce niveau, avec le tissu normal et de nombreuses cellules épithéliales généralement altérées au sein des alvéoles, un tissu fibroïde de nouvelle formation (hyperplasie conjonctive).

Une petite quantité de sang existe dans le cœur et les gros vaisseaux; absence de caillots fibrineux; la proportion des globules blancs paraît normale. Le cœur est petit, atrophié; il n'a que 10 cent. de sa base à son sommet; son tissu est mou et friable. — L'aorte est intacte, à part quelques dépôts jaunâtres de petite étendue. Les carotides primitives sont saines, mais la carotide externe gauche présente, au niveau de l'origine de l'artère linguale, un dépôt membraneux qui l'obstrue en grande partie. Ce dépôt siége sous la tunique interne; il est d'un gris rosé et formé de tissu conjonctif et d'une substance grenue.

Les muscles des membres supérieurs sont minces et atrophiés.

Les deux *articulations fémoro-tibiales* sont volumineuses; elles renferment chacune plus d'un verre d'une sérosité jaunâtre un peu louche. Les synoviales, épaissies et en même temps injectées, sont tapissées de plusieurs petits dépôts pseudo-membraneux. A gauche, une fausse membrane jaunâtre unit les deux feuillets synoviaux; à droite, la bourse synoviale du droit antérieur, qui ne communique pas avec la cavité articulaire, n'est pas altérée. La surface articulaire du condyle externe gauche est dans un point érodée et comme ulcérée. Les cartilages articulaires de chaque rotule sont érodés ou ulcérés; altération velvétique dans une moitié de leur étendue, mais ces altérations ne sont que secondaires, et la lésion principale porte sur les tissus fibreux de l'articulation. Du côté droit, une partie du tendon rotulien, le peloton graisseux situé en arrière de la bourse synoviale et tous les tissus fibreux qui s'insèrent au pourtour du tibia sont transformés en une masse uniforme, jaune grisâtre, élastique, qui a 4 cent. d'épaisseur sur la ligne médiane. Cette masse, par son aspect, sa consistance et sa structure, se rapproche nécessairement des produits morbides trouvés dans le foie; car elle est, comme eux, formée par un dépôt gommeux. A part la bandelette fibreuse qui représente le tendon rotulien, on y trouve seulement quelques tractus fibreux qui semblent la diviser en plusieurs petites tumeurs. Les ligaments semi-lunaires et interarticulaires sont sains. L'articulation de gauche est également altérée, avec cette différence que le peloton graisseux post-rotulien n'a pas disparu aussi complétement que du côté opposé. Au-dessous de ce peloton, en arrière du tendon et au-devant du tibia, existe un dépôt gommeux de 2 cent. d'épaisseur. La masse graisseuse a conservé au-dessus son aspect normal; l'examen anatomique des masses gommeuses articulaires m'a démontré une structure identique à celle des tubercules gommeux du foie.

Non moins intéressant au point de vue des lésions viscérales que des modifications articulaires, ce fait nous permet de faire l'étude anatomique d'une variété importante des arthropathies syphilitiques, car, en présence de l'alopécie, de la céphalée, de l'insomnie et de l'ensemble des lésions qui s'y rencontrent, il n'est pas possible, malgré l'absence d'antécédents syphilitiques avoués par la malade, de conserver le moindre doute sur une origine spécifique. Il nous montre en tout cas que le tissu cellulaire sous-synovial et le tissu fibreux sont ici le siége du néoplasme, lequel ne diffère ni par sa consistance, ni par sa coloration non plus que par sa composition histologique, des productions syphilitiques du tissu cellulaire sous-cutané et de celles que nous retrouverons bientôt dans les viscères. Des masses jaunes, élastiques, un peu molles, sèches, situées de chaque côté du ligament rotulien et dans l'espace qui sépare ce liga-

ment de la membrane synoviale, ont atrophié et transformé une partie du peloton adipeux ; tapissées par la membrane séreuse d'une part, elles sont recouvertes, d'autre part, par la portion du ligament rotulien qui ne participe pas à l'altération; de chaque côté de ce ligament, elles font saillie sous les toiles fibreuses ou celluleuses qui passent au-devant de l'articulation. La membrane synoviale n'est pas sensiblement lésée, mais les cartilages sont secondairement érodés en plusieurs endroits, et c'est aussi sans doute à la suite de l'irritation secondaire de la membrane synoviale que s'est produit l'épanchement séreux articulaire.

Au point de vue anatomique, cette altération se distingue nettement de l'arthropathie scrofuleuse, qui a pour point de départ la membrane synoviale, et que caractérisent des masses molles, fongueuses et vasculaires; elle diffère aussi des arthropathies rhumatismales, qui ne présentent jamais de dépôts analogues aux dépôts gommeux.

Les *symptômes* qui correspondent à la lésion articulaire en question sont remarquables par leur faible intensité et par la lenteur de leur évolution. Le fait suivant, que nous avons suivi pendant longtemps, peut en donner une idée des plus exactes.

Chancre, iritis, exostoses, arthropathie du genou gauche, gomme située à la partie antéro-supérieure de la trachée et probablement dans le corps thyroïde.

Obs. XXIII. — Le nommé B. G.., âgé de 42 ans, entre, le 27 octobre 1863, à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. le professeur Rostan, suppléé par M. le docteur Potain, agrégé de la faculté. Ce malade raconte que son père a succombé au choléra de 1854, que sa mère est morte à l'âge de 72 ans, après avoir toujours joui d'une bonne santé ; il a un frère qui est bien portant ; quant à lui, il n'a pas fait de maladie autre que celle qui l'amène à l'hôpital. — Il boit beaucoup d'eau-de-vie.

A 19 ans, il contracta une blennorrhagie à la suite de laquelle survint un bubon suppuré. Depuis, il fut atteint de plusieurs écoulements uréthraux, qui peut-être n'étaient qu'une récidive du premier. — Il y a cinq ans, ayant connu une femme affectée de syphilis, il remarqua à l'extrémité du gland un chancre qui disparut après quelques mois d'un traitement simple. On trouve aujourd'hui à ce même endroit une perte de substance peu considérable, avec rétrécissement du méat.

Tout d'abord, les manifestations syphilitiques sont absolument nulles; pas de maux de gorge, pas de céphalalgie, pas d'alopécie, pas de plaques muqueuses, pas d'éruptions cutanées. Cependant le malade se sentait fa-

tigué, courbaturé, moins fort, moins énergique, mais l'appétit était conservé.

Un an ou 15 mois après l'apparition du chancre survient une iritis droite avec douleur très-vive, rougeur et gonflement oculaire. Cet accident persiste pendant tout l'hiver de 1859 (pommade de Lyon, purgatifs, traitement Leroy; le malade, pendant six mois, reçoit les soins d'un homœopathe, moyennant une somme de 50 fr. promise d'avance.

Pendant le cours de l'iritis, deux tubercules se développent, l'un sur le cou à droite, l'autre sur l'omoplate du même côté. — Ces tubercules durent environ un mois et se terminent par la suppuration.

A la place qu'ils occupaient on trouve deux cicatrices blanchâtres déprimées, assez semblables à celles de la variole. — Vers la fin de l'hiver de 1859-1860 apparaissent des exostoses très-douloureuses sur le frontal droit, les jambes et les avant-bras. N'obtenant aucune amélioration d'un bon nombre de médications, le malade entre le 5 décembre 1860 à l'hôpital du Midi. Pommade belladonée, atropine, iodure de potassium. Bains de vapeur. — Les exostoses ont disparu, l'œil est considérablement amélioré, lorsque le malade sort le 5 mars 1861.

Quatre mois après la sortie de l'hôpital, juillet 1861, ce malade est pris de douleurs articulaires qui cessent au bout de 15 jours, sous l'influence d'un traitement approprié. En même temps, transpiration abondante et éruption miliaire probable.

En 1862, il quitte Paris pour se rendre dans son pays. Là, il est pris au mois de septembre de mal de gorge et de douleurs dans le genou gauche avec gonflement. La douleur est plus vive la nuit que le jour; elle a son siége sur la face interne de l'articulation. Le malade traîne la jambe, malgré ces accidents il fait de nombreux excès de table. — Son traitement se composait d'iodure de potassium à l'intérieur (123gr dans 500gr d'eau), gargarismes avec sirop de mûres. — Le printemps de 1863 vit disparaître tous ces accidents.

B... revient à Paris au mois d'août 1863. Peu de temps après reparaît la douleur du genou, puis le mal de gorge est accompagné cette fois de gêne de la respiration, de toux, d'une expectoration abondante, d'enrouement et même pendant quelque temps d'une aphonie complète. Les liquides avalés reviennent en partie par les narines. — Après un mois de traitement, le malade entre à l'Hôtel-Dieu, le 27 octobre 1863. — Le facies est pâle et défait, la physionomie exprime la tristesse et un découragement profond. La voix est enrouée, la déglutition difficile et douloureuse, cuissons dans l'arrière-gorge. — Respiration gênée, oppression. — Expectoration séreuse et abondante. — Râles trachéaux. Il existe à la partie inférieure du larynx, au niveau du corps thyroïde, une tumeur du volume d'une grosse noix. On la limite facilement sur les côtés, mais on ne parvient pas à l'isoler nettement par sa surface profonde. Elle suit tous les mouvements du larynx. C'est évidemment une tumeur gommeuse du corps thyroïde. L'examen du larynx est fait par M. Potain ; les cordes vocales supérieures rouges, tumé-

cées, séparées l'une de l'autre par un intervalle peu considérable. — L'un des cartilages arythénoïdes, le droit, est volumineux, dévié en bas, il présente une tache noirâtre et très-vraisemblablement il se trouve carié.

Le genou gauche est volumineux; au niveau de la rotule, il présente une circonférence de 0,38m, une certaine quantité de liquide soulève la rotule. — Les douleurs dont il est le siége sont moins vives qu'elles n'étaient autrefois, la marche est devenue progressivement très-difficile depuis cette époque. (Iodure de potassium 1gr. Quinquina.)

Sous l'influence du traitement la gorge s'améliore, la déglutition devient plus facile, la salive est plus commodément avalée, les cuissons sont moins fortes, la poitrine moins oppressée, le râle laryngé moins fort, l'expectoration demeure très-abondante, — fréquents cauchemars la nuit. — Le genou est moins sensible et diminue un peu de volume (37 1/2), la voix est beaucoup plus claire. — Le malade est moins triste.

14 novembre. — La voix est presque naturelle, il n'y a plus de cuissons dans l'arrière-gorge, la déglutition est facile. — L'oppression est moindre, la toux diminue de fréquence et les râles sont moins nombreux. — Le genou seul reste légèrement gonflé et douloureux. — La tumeur située au-devant du larynx représente tout au plus le volume d'une noisette. — Le malade est satisfait et se croit à peu près guéri. Cependant, le 17 et le 18, il se plaint de nouveau d'une sensation de cuisson dans l'arrière-gorge et de douleurs dans le genou gauche, plus violentes la nuit que le jour.

20 novembre. — Le malade s'est refroidi dans la nuit, les douleurs des genoux, des jambes persistent. Il y a toujours un peu de faiblesse pendant la marche. Les sueurs continuent.

28 novembre. — Les forces reviennent peu à peu, l'expectoration est moins abondante. — Les douleurs des genoux se font sentir à de longs intervalles. Cette articulation a presque repris son volume normal (0,36c 1/2), la tumeur du corps thyroïde a presque complétement disparu.

1er décembre. — Le malade va bien, sauf une transpiration abondante qui l'affaiblit un peu, le genou est normal, les douleurs n'y sont plus rares et fugaces. — État de la gorge parfait, tumeur trachéale à peine sensible au toucher.

Le malade part le 4 décembre pour Vincennes. Son état est des plus satisfaisants. Un mois plus tard je le revois, il avait cessé tout traitement; l'enrouement avait en partie reparu, l'articulation contenait une très-petite quantité de liquide, elle mesurait près de 0,37c.

Huit mois plus tard, ce malade venait me retrouver, il était gros et gras, et tout à fait méconnaissable. Inutile de dire qu'il ne présentait aucun trouble fonctionnel et que sa santé générale était parfaite.

Dans ce fait, comme dans ceux qu'ont observés Richet et Follin, les principaux symptômes notés sont : des douleurs peu vives, avec exacerbations parfois nocturnes, une tuméfaction lente de l'articulation avec hydropisie souvent intermittente, sensation, sur les côtés des

ligaments rotuliens, de masses molles élastiques, limitées en un ou plusieurs points, au niveau des replis synoviaux, et de plaques indurées et indolentes analogues à des corps étrangers. Ajoutons, dans tous ces cas, l'absence de réaction fébrile et la conservation d'une grande partie des mouvements du membre lésé; car, si les malades en viennent à tirer la jambe ou à boiter, ils sont rarement dans l'obligation de séjourner au lit. Un fait mérite d'être mentionné, c'est que l'articulation du genou est en quelque sorte le siége de prédilection de cette localisation tardive. Tantôt un seul genou est affecté, tantôt les deux genoux sont simultanément atteints. Cependant d'autres articulations peuvent être envahies par le même processus pathologique, et ce sont en général les grandes articulations plutôt que les petites.

Il est d'autres lésions articulaires également syphilitiques dont le point de départ est non plus le tissu cellulo-fibreux péri-articulaire, mais bien les os qui concourent à la formation de l'articulation. Dans ces cas, le gonflement occupe une plus ou moins grande étendue de la continuité de l'os, la douleur vive et lancinante revient surtout la nuit, et la pression du membre est douloureuse. Par suite de cette altération, un liquide séreux, plus ou moins épais, s'épanche quelquefois à l'intérieur de la cavité articulaire, et si le tissu sous-séreux est simultanément affecté, on peut observer, ainsi que l'ont vu Richet et Cullerier, des corps durs, véritables corps étrangers, situés au niveau des replis de la membrane synoviale. L'observation suivante, que nous devons à l'obligeance de M. A. Guérin, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis, est un bel exemple de cette dernière forme. Nous la rapportons telle qu'elle nous a été remise par M. Duguet d'abord, et ensuite par M. Lefeuvre, internes des hôpitaux.

Obs. XXIV. — D. Joseph, de Troyes, ferblantier, âgé de 25 ans, est couché au n° 40, salle Saint-Augustin, pour une hydarthrose du genou gauche. Il a perdu sa mère âgée de 44 ans; elle succomba à une affection de poitrine : elle avait eu, dans sa jeunesse, des humeurs froides; son père, toujours bien portant, est mort d'un coup de sang à 48 ans. — Rien de notable dans les collatéraux. Il est le dernier de quatre enfants, dont trois seulement vivent; sa sœur jumelle est morte en venant au monde. L'aîné aurait eu, tout jeune, des humeurs froides au cou, et, plus tard, une hydarthrose des deux genoux, suite de son travail : le second, fondeur en cuivre, a eu la cuisse cassée; au niveau du col existe une fistule d'où sortent, de temps à autre, des parcelles d'os : il tousse habituellement.

D... s'est toujours bien porté jusqu'à l'âge de 17 ans, où il eut une entorse du pied gauche, et à la suite des abcès péri-articulaires qui nécessitèrent 15 ouvertures; au bout de 7 mois, la guérison fut presque complète, restait seulement un peu de roideur de la jointure, roideur qui a diminué chaque jour depuis.

A 19 ans, chaude-pisse pour laquelle il vient à Paris, entre au Midi, dans le service de M. Ricord, qui lui trouve, de plus, un chancre induré situé à la partie supérieure, à l'union du prépuce et du gland. L'inoculation du chancre est faite au bras du malade par M. Poisson : résultat négatif; pansement au calomel, et, pendant 2 mois, traitement mercuriel : les ganglions de l'aine sont devenus gros, durs et roulants, sans suppurer. — La blennorrhagie, traitée par le cubèbe et les injections de nitrate d'argent, s'est terminée par la goutte militaire, sans mélastote sur les jointures.

Point de roséole, au dire du malade, mais les cheveux ont tombé; et, il y a deux ans, à la suite d'un coup sur la jambe gauche, il aurait vu paraître une grosseur allongée à la partie antérieure et moyenne de cette jambe, grosseur douloureuse à la pression, et spontanément la nuit. En même temps, douleurs nocturnes dans l'épaule gauche. Il y a 10 mois, la douleur aurait gagné le genou gauche et se serait accompagnée de gonflement notable, avec impossibilité de fléchir ni d'étendre complétement la jambe, et impossibilité de marcher. Pendant un mois, il suivit la consultation de la Charité, où il fut traité pour une hydarthrose : ne voyant aucune amélioration, il entra, au mois de janvier, dans le service de M. Guérin, à Saint-Louis, où, en raison de son teint pâle et de ses apparences scrofuleuses, il fut mis à l'huile de foie de morue et au vin de quinquina; on lui fit en même temps sur le genou des applications de teinture d'iode, puis des vésicatoires volants furent appliqués. Sensiblement amélioré, mais non guéri, il fut envoyé à Vincennes, où il fut repris des mêmes accidents, aussitôt qu'il voulut marcher. On lui applique de nouveaux vésicatoires volants, et, après deux semaines de séjour, il rentre à Saint-Louis, chez M. Guérin. Le 22 mars, ce chirurgien put constater le retour de l'hydarthrose; la rotule soulevée produisait un choc lorsqu'on pressait sur elle, et le liquide fuyait dans les culs-de-sac supérieurs et latéraux de la synoviale, qu'il soulevait; toute autre position que la demi-flexion était impossible; au bout de quelques jours d'un traitement sans résultat par la teinture d'iode et les vésicatoires, l'idée vint que l'hydarthrose pourrait bien tenir à la syphilis; la grosseur du tibia fut regardée comme une périostose, les douleurs nocturnes comme spécifiques; le nez était déprimé et le voile du palais détruit, le genou gauche avait près de deux centimètres de pourtour plus que le genou droit au niveau du tibia.

Le 22 juin, emplâtre de Vigo sur l'exostose, et iodure de potassium à la dose de 1 gramme chaque jour; mais les coliques et la diarrhée font suspendre ce médicament le 1er juillet; le 6, le malade se lève pour la première fois et marche. On reprend le 10 juillet l'iodure de potassium : D... continue de marcher; on peut constater la disparition complète du

liquide dans le genou; plusieurs fois encore, le traitement est suspendu à cause des coliques et de la diarrhée. Cinquante centigrammes d'iodure sont plus facilement tolérés, et vers la fin de septembre le malade est envoyé à Vincennes, marchant très-bien, débarrassé de ses douleurs nocturnes, avec diminution notable, mais non disparition de l'exostose du tibia.

Le 27 juin 1865, le malade rentre de nouveau dans le service de M. Guérin ; voici la note de son état, telle que nous l'a remise M. Ch. Lefeuvre.

Huit jours avant son entrée, à la suite d'un violent effort, cet homme avait éprouvé, dans le coude droit, une douleur vive, persistante, à laquelle se joignit bientôt le gonflement de la partie. Lorsque nous l'examinâmes, il ne pouvait plus faire exécuter à son avant-bras aucun mouvement de flexion ou d'extension; le coude était volumineux, tendu, douloureux à la pression; il présentait, en un mot, tous les symptômes d'une arthrite aiguë.

Grâce aux antécédents bien connus du malade, il n'a pas été difficile de poser le diagnostic et d'instituer un traitement qui s'adressât à la nature même de la maladie. Un gramme, puis deux grammes d'iodure de potassium ont été administrés chaque jour dans une potion, en même temps que l'on combattait, par des cataplasmes, l'inflammation locale. Le gonflement a diminué rapidement ainsi que la douleur, les mouvements sont rendus à l'avant-bras. Déjà, le 28 juillet, le malade demande à sortir, se trouvant suffisamment guéri; mais, comme il restait un peu de raideur et que l'on désirait surtout lui continuer son traitement anti-syphilitique, on l'a retenu à l'hôpital jusqu'à ce jour (8 août 1865). Il présente encore son exostose de la face interne du tibia, les cicatrices de la gorge.

A ces deux variétés de l'arthropathie syphilitique est-il nécessaire d'en ajouter une troisième dont le point de départ serait la membrane séreuse? Nous ne le pensons pas. Le tissu cellulaire sous-séreux est en effet plutôt que la synoviale le siége primitif des arthropathies syphilitiques qui ne tiennent pas à une lésion osseuse.

Pour terminer, disons que les tumeurs gommeuses voisines des articulations ont quelquefois fini par pénétrer jusque dans la cavité articulaire. C'est ainsi que Coulson (1) a vu une tumeur syphilitique de la partie inférieure de la cuisse communiquer avec l'articulation du genou.

La lenteur d'évolution des arthropathies syphilitiques rend leur durée généralement fort longue, mais heureusement sans grand inconvénient pour les malades. Ces affections, comme toutes celles qui reconnaissent la même origine, n'ayant aucune tendance à la suppuration, peuvent encore guérir lors même qu'elles sont déjà très-anciennes. La guérison est du reste leur mode de terminaison

(1) *The Lancet*, mars 1858.

habituel, quand elles sont reconnues et traitées; autrement, elles continuent leur évolution, sans éprouver le moindre changement de la part des traitements non spécifiques; aucun fait n'indique qu'elles aient donné lieu à des ankyloses ou à des désordres articulaires irrémédiables.

Diagnostic et Pronostic. Les lésions articulaires liées à la scrofule et au rhumatisme chronique, certaines hydarthroses qui n'éveillent qu'un léger mouvement fébrile; telles sont les affections que l'on peut confondre avec les arthropathies syphilitiques. Mais il faut savoir que dans la tumeur blanche scrofuleuse le gonflement est plus rapide et plus considérable; les parties tuméfiées donnent aux doigts la sensation d'une sorte d'empâtement général, et non celle de plaques circonscrites et indurées; l'articulation affectée perd bientôt ses mouvements, et fréquemment l'altération finit par l'ankylose. Les lésions articulaires du rhumatisme chronique ne tardent pas à présenter des déformations caractéristiques, elles sont d'ailleurs plus étendues que celles de la syphilis. Dans l'arthrite sèche, un frottement rude et sec se fait sentir pendant le jeu de l'articulation. Enfin, les hydarthroses simples ne se montrent pas en général chez des individus cachectiques, et pour ainsi dire toujours marqués au coin d'une maladie sérieuse et profonde telle que la syphilis. L'arthrite blennorrhagique se distingue par les circonstances au milieu desquelles elle apparaît, par la douleur et le gonflement qui l'accompagnent, comme par une certaine tendance à la suppuration.

Envisagé uniquement au point de vue de la lésion articulaire, le pronostic de l'arthropathie syphilitique tertiaire n'est pas inquiétant. Les dépôts gommeux, toujours longs à détruire les tissus fibreux au milieu desquels ils se développent, n'entraînent généralement pas de désordres graves. Toutefois cette affection peut être plus sérieuse quand les os sont primitivement lésés; quoi qu'il en soit, elle ne produit pas ordinairement d'ankylose et ne nécessite jamais l'amputation à l'égal des affections d'origine scrofuleuse.

§ 2. Lésions des muscles, des aponévroses et des tendons.

J. B. Theodosius, Medicinales Epistolæ, Basileæ, 1553, et Aphrodisiacus de Gruner, p. 140. — Astruc, Ouvrage cité. De morbis venereis, etc., trad. franç. de Louis. Paris, 1777. — Petit-Radel, Cours des maladies syphilitiques, t. II, 1812. — Lagneau, Traité pratique des maladies syphilitiques, 6e édit. Paris, 1828. — Ph. Boyer, Traité pratique de la syphilis. Paris,

1838. — RICORD, Clinique iconographique de l'Hôpital des vénériens. Paris, 1851. *Gaz. des hôpitaux*, 1842, p. 98. — BOUISSON, Tumeurs syphilitiques des muscles. *Gaz. méd. de Paris*, 1846, et Tribut à la chirurgie moderne, t. I, p. 52, 1858. — NOTTA, Sur la rétraction musculaire syphilitique, *Archiv. gén. de méd.*, décembre 1856. — NÉLATON, Tumeurs syphilitiques musculaires. *Gaz. des hôpitaux*, n° 59, 1861. — Aug. MAZZUCHELLI, Sur la syphilis musculaire. Ann. univers., CLXXXVII, 4e série, 41, p. 274.

A. MYOPATHIES SYPHILITIQUES.

Depuis longtemps déjà, les affections syphilitiques des muscles ont fixé l'attention des observateurs. L'un des premiers, J. B. Théodosius indique leur existence, il admet la rétraction musculaire syphilitique et les gommes des muscles. Astruc décrit ces manifestations dans les termes suivants : « Quand, dit-il (1), la substance des muscles est infiltrée du virus, il survient des ganglions ou de petites tumeurs dures qui, en interceptant ou retardant le cours du sang, donneront lieu à une douleur rhumatismale tensive, pulsative, avec une tuméfaction manifeste et inflammatoire. »

Petit-Radel parle d'une rétraction musculaire rebelle aux moyens ordinaires de guérison (2). Lagneau paraît avoir vu de semblables faits; il signale, en effet, parmi les accidents de la syphilis, les phlegmasies chroniques des muscles des membres, lesquelles déterminent des flexions permanentes désignées sous le nom de contractures (3).

Ph. Boyer s'exprime, à cet égard, ainsi qu'il suit : « Il paraît que la syphilis consécutive a aussi de l'influence sur le système musculaire, car j'ai vu deux fois des contractures produites par elle ou au moins accompagnant ses symptômes et ne pouvant être rapportées à d'autres causes. Elles appartenaient au muscle biceps brachial; l'avant-bras était un peu porté dans la pronation, et la flexion ne pouvait être étendue. L'un des malades avait une syphilide ulcéreuse au front; l'autre avait des exostoses aux tibias, plusieurs hydarthroses, des périostoses au métatarse et au métacarpe, et la teinte terreuse de la peau (4). »

En 1842, Ricord publia dans la *Gazette des hôpitaux* plusieurs

(1) *Loc. cit.*, t. IV, p. 51.
(2) *Cours des malad. syph.*, t. II, p. 78, 1812.
(3) *Traité pratique des malad. syph.*, 6e édit., t. I, p. 145.
(4) *Traité pratique de la syphilis*, 1838, p. 167.

observations qui fixèrent plus nettement l'attention sur ce sujet; son *Iconographie* renferme une figure qui représente des gommes musculaires (1). Plus récemment Notta, et surtout le professeur Bouisson (de Montpellier), ont étudié ce sujet intéressant. Ce dernier donne une description minutieuse des tumeurs syphilitiques des muscles (2).

Étude anatomique. — Les lésions que développe la syphilis au sein des muscles sont anatomiquement caractérisées ou par une infiltration néoplasique diffuse ou par la présence de nodosités plus ou moins volumineuses et nombreuses; de là, deux modes pathologiques distincts, analogues à ceux que nous avons déjà rencontrés : lésion inflammatoire, diffuse, dans un cas, *myosite interstitielle;* lésion circonscrite, dans l'autre cas, *myosite gommeuse.*

Myosite interstitielle. — Hypertrophie et tuméfaction du muscle, voilà pour Ricord le premier degré de cette affection (3). Peu à peu, une matière plastique, particulière, se dépose dans le tissu musculaire, l'annihile; puis surviennent le raccourcissement, l'atrophie du muscle, et enfin la dégénérescence fibreuse, cartilagineuse et osseuse. Donc, tuméfaction, puis exsudation de lymphe plastique, ou mieux apparition de noyaux et de cellules, et en définitive de fibres nouvelles de tissu conjonctif dans les espaces interfibrillaires des muscles; plus tard, retrait de ces éléments, comme il arrive dans tous les tissus de cicatrice, et raccourcissement du muscle, ou bien dépôt d'éléments calcaires dans l'épaisseur du néoplasme et ossification du muscle. Virchow donne de cette même lésion une description à peu près identique quant au fond : « Les contractures musculaires ont pour cause, dit cet observateur, des dégénérescences calleuses du tissu musculaire, altérations analogues à celles que produit l'inflammation rhumatismale simple ou traumatique au milieu du tissu interstitiel des faisceaux musculaires se développe un tissu conjonctif qui se sclérose et détruit, après l'avoir atrophiée, la fibrille musculaire primitive (4). » Ainsi, altération primitive de la trame, lésion secondaire de l'élément musculaire, c'est en quoi consiste la modification anatomique dont il s'agit.

(1) *Iconographie*, pl. XXVIII *bis*, fig. 1.
(2) *Gaz. médic.*, 1846, p. 542.
(3) *Gazette des hôpitaux*, 1846, p. 1.
(4) *Archiv für pathologische Anatomie*, vol. IV, p. 271, et la *Syphilis const.*, p. 105. Paris, 1860.

L'aponévrose d'enveloppe prend quelquefois part à cette altération. Dans un cas de dégénérescence plastique du jambier postérieur observé par Ricord, l'aponévrose d'enveloppe des muscles de la région postérieure de la jambe était difficilement séparable, et, en l'enlevant, on découvrit un tissu lardacé, jaunâtre, dû à l'altération du muscle et de la fibre musculaire.

Myosite gommeuse. — Cette altération ne diffère de la précédente que par le mode de disposition du néoplasme. Au lieu d'infiltrer une plus ou moins grande partie de la masse musculaire, celui-ci se présente sous forme de nodosités nettement circonscrites ayant pour siége la substance conjonctive, ou la trame fibreuse du muscle. Bouisson, du reste, avait déjà admis ce siège par simple analogie : « L'analogie porterait à croire, nous dit ce chirurgien, que l'élément cellulo-scléreux qui unit les fibres charnues ou qui leur forme une gaîne, est le premier envahi. Mais lorsque la lésion est avancée et qu'elle a revêtu l'un de ses modes de terminaison, soit par suppuration, soit par induration, tous les éléments anatomiques paraissent affectés, et, suivant le degré plus ou moins avancé du travail morbide, les fibres musculaires semblent plongées dans une matière de nouvelle formation, ou bien elles sont ramollies et détruites, ou bien encore elles sont transformées en tissu induré, subcartilagineux et même osseux. »

Les tumeurs gommeuses des muscles présentent la plupart des caractères des gommes du tissu cellulaire sous-cutané. Elles sont, comme celles-ci, parfois enkystées et toujours constituées des mêmes éléments, quoique souvent différentes par leur volume et leur coloration. Grisâtres d'abord, plus tard jaunâtres, elles acquièrent peu à peu la grosseur d'une noisette ou d'une noix. Primitivement molles, visqueuses, elles conservent quelquefois cette consistance première; d'autres fois, fermes, semblables à l'œdème dur, elles marchent vers une organisation de plus en plus complète; sinon, elles se ramollissent peu à peu, deviennent fluctuantes, au point qu'on a pu supposer de prime abord qu'elles entraient en suppuration, et qu'on a confondu avec le pus leurs éléments désagrégés. Cette erreur a été partagée par des hommes éminents, entre autres par le professeur Bouisson de Montpellier; mais il est bien évident que cet auteur a pris pour de la suppuration ou bien une lésion musculaire consécutive à l'altération d'un os voisin, ou bien le résidu de la transformation graisseuse

des éléments plasmatiques des tumeurs gommeuses. C'est donc à tort qu'on a parlé de gommes suppurées : la suppuration n'est pas le fait de la syphilis. Suivant nous, l'évolution des tumeurs gommeuses des muscles s'accomplit en deux temps ou deux périodes, l'une de formation (1er degré de Bouisson), l'autre de régression ou de métamorphose (2e et 3e degré du même auteur). Dans la première période, il y a apport de matériaux et formation d'un néoplasme ; dans la seconde, il y a destruction moléculaire des éléments nouveaux dont les conditions de vitalité ne sont que temporaires. Quelquefois cependant, on constate le développement complet de ce néoplasme et son passage à l'état fibreux, ou bien encore son incrustation par des sels calcaires, d'où l'état osseux ou ossiforme.

Siége. — Aucun muscle n'est à l'abri des lésions ci-dessus décrites, mais tous ne s'altèrent pas avec une égale fréquence. Les observations de Ph. Boyer, Ricord et Notta, nous apprennent que la myosite interstitielle se montre de préférence dans les muscles des membres supérieurs et surtout dans les fléchisseurs de l'avant-bras. Bouisson a vu cette affection attaquer un des muscles oculo-moteurs. Il prétend, mais à tort suivant nous, que la plupart des rétractions anales observées chez les syphilitiques sont dues à la même cause. Quant aux tumeurs gommeuses, elles paraissent affecter de préférence le grand fessier, le trapèze, les sterno-mastoïdiens, le vaste externe. Certains organes, d'une structure essentiellement musculaire, tels que les lèvres, la langue, le voile du palais, les muscles du larynx, le cœur même, participent quelquefois aussi à cette altération. Nous reviendrons sur les lésions syphilitiques de ce dernier viscère lorsque nous traiterons de la syphilis de l'appareil circulatoire.

Étude symptomatique. — Les deux formes de myosite syphilitique ont des symptômes communs et des symptômes propres.

Le seul symptôme commun, c'est la douleur, et encore ce trouble paraît-il différer dans les deux formes. Ainsi, dans la myosite gommeuse, la douleur se fait sentir surtout au moment ou à la suite des contractures ; dans la myosite interstitielle, elle siége à peu près exclusivement au niveau des attaches tendineuses et peut être provoquée lorsqu'on vient à exercer des tiraillements sur le muscle lésé ou rétracté. La rétraction musculaire est le symptôme le plus constant de l'altération diffuse ; si le biceps est malade, les mouvements par suite sont limités, l'avant-bras est dans un état de flexion permanente

ce muscle dur, tendu, diminué de longueur, fait saillie pendant l'extension sous la peau intacte et non colorée.

Dans la myosite gommeuse, le muscle affecté se rétracte quelquefois; mais cette rétraction n'est plus un phénomène nécessaire. Lorsque les muscles ne sont pas profonds, le palper permet de constater des tumeurs qui, assez fermes et résistantes dès leur première période, se ramollissent en général peu à peu, mais qui, dans d'autres cas, présentent une consistance beaucoup plus grande et acquièrent une dureté osseuse. La forme de ces tumeurs est ordinairement globuleuse, leur volume varie depuis celui d'une petite noix jusqu'à celui d'une orange. Elles ne s'accompagnent d'aucun changement de coloration à la peau. Selon Bouisson, les variations de température et l'état hygrométrique de l'air éveillent quelquefois leur sensibilité, qui s'accroît encore pendant la nuit. Un caractère qui leur est commun avec la plupart des tumeurs musculaires consiste dans leur mobilité ou leur fixité suivant que le muscle est au repos ou contracté. C'est dans le cas de mobilité que l'exploration de la tumeur est le plus facile. Des troubles particuliers, variables avec chacun des muscles affectés, correspondent enfin à ces altérations.

La marche des myosites syphilitiques est ordinairement lente, insidieuse, et souvent le malade ne s'aperçoit de l'existence de cette affection que longtemps après son début. Habituellement, en effet, il prend pour du rhumatisme les douleurs qui parfois accompagnent la première période de cette altération. Plus tard, quand la gomme est ramollie, malades et médecins croient volontiers à un abcès.

La guérison est la règle, mais il faut savoir que l'infiltration diffuse est susceptible d'amener l'atrophie ou la destruction d'un certain nombre de faisceaux musculaires, et qu'elle peut arriver à produire une contracture permanente. Nous savons déjà que les ulcères profonds et sanieux qui succèdent aux tumeurs se cicatrisent difficilement; si nous ajoutons que ces ulcères amènent parfois la perforation du voile du palais et la gêne dans les mouvements de la parole, on comprendra que les affections syphilitiques musculaires ne sont pas toujours sans gravité.

Diagnostic. — Le diagnostic des lésions syphilitiques des muscles n'est pas difficile lorsqu'on sait tenir compte de leur marche, des commémoratifs et des altérations concomitantes. Les exostoses, les tumeurs gommeuses du périoste, les ulcères du pharynx ou du voile du

palais, sont les manifestations qui les accompagnent le plus ordinairement; mais parfois aussi elles coexistent avec les affections viscérales qui reconnaissent encore la même origine. Les cancers, les abcès, qu'il est possible de confondre avec la syphilis musculaire, se distingueront à l'aide des caractères que nous avons énoncés plus haut, relativement au diagnostic des gommes du tissu cellulaire souscutané.

B. LÉSIONS SYPHILITIQUES DES APONÉVROSES ET DES TENDONS.

Malgré une organisation peu vasculaire, les aponévroses et les tendons n'échappent pas aux manifestations de la syphilis constitutionnelle. L'inflammation syphilitique adhésive est, en effet, essentiellement propre aux tissus fibreux, quel que soit leur degré de vascularité. Les lésions que l'on constate dans ces dépendances du système musculaire ne diffèrent pas notablement de celles que nous venons de voir au sein des muscles. Elles consistent, en effet, ou dans un simple épaississement partiel (infiltration plastique, hyperplasie des éléments cellulaires), ou dans la présence de petites tumeurs (nodus) ou de noyaux durs (gommes) dans l'épaisseur des toiles membraneuses ou des cordons tendineux.

Connues d'Astruc (1) et d'un grand nombre de ses prédécesseurs, les lésions syphilitiques des membranes fibreuses et des tendons, ne peuvent être mises en doute, bien que les observations, sur lesquelles repose leur description, soient en général fort laconiques et souvent incomplètes.

Nous avons vu plus haut l'altération d'une des toiles aponévrotiques des muscles de la jambe par une substance plastique qui l'infiltrait. Une semblable altération envahit parfois d'autres aponévroses. Celles-ci peuvent être aussi le siége de tumeurs gommeuses, mais plus rarement que les tendons. Tantôt fermes et solides, les gommes des tendons semblent produites par une hypertrophie circonscrite du tissu (Bouisson); tantôt plus molles et moins consistantes, elles paraissent tenir à un épanchement de matière comme gélatineuse. Le tendon qui les contient est à peine injecté ou altéré; si néanmoins l'ossification s'empare de ces productions, elle peut gagner toute la

(1) *Traité des maladies vénériennes*, t. IV, p. 11 et 75.

longueur du cordon fibreux; sinon rester limitée à la partie malade, et ainsi former une sorte d'os sésamoïde accidentel.

Ces tumeurs se développent à la surface, ou au centre des tendons. Le premier siége est le plus fréquent, apparaît une saillie plus ou moins abrupte sur le trajet du tendon, et lorsque survient la métamorphose régressive, la continuité de la corde fibreuse se trouve respectée. Quand ils occupent le centre même de cette corde, les produits de nouvelle formation écartent les fibres tendineuses, et la tumeur prend alors une forme ovoïde ou fusiforme. Bouisson a observé et dessiné une pareille tumeur qui siégeait dans l'un des tendons des fléchisseurs des doigts; la fluctuation était sensible à travers l'enveloppe fibreuse, et la tumeur avait à peu près la forme et le volume d'une amande. Cet auteur pense que l'affection désignée par Lisfranc sous le nom de *nodosités blanches* des tendons n'est tout simplement qu'un cas particulier de nodus syphilitique. L'observation de Lisfranc (1) sur ce sujet a trait, comme on sait, à un danseur de l'Opéra, qui portait une tumeur volumineuse, développée dans le tendon d'Achille, et qui guérit par l'emploi de l'iodure de potassium.

Les tendons les plus épais et les plus résistants sont le siége le plus habituel des lésions syphilitiques. A cet égard, par conséquent, il convient de placer en première ligne le tendon d'Achille et celui du biceps ou du triceps crural. Nélaton a rencontré deux tumeurs gommeuses développées dans ce dernier tendon, où elles simulaient un corps étranger du genou. Dans un autre cas observé dans le service du même professeur, la tumeur, qui occupait le droit antérieur de la cuisse, était devenue le point de départ d'une hydarthrose qu'il était facile de prendre pour une tumeur blanche (2).

Qu'elles affectent les aponévroses ou les tendons, les lésions syphilitiques sont ordinairement peu ou pas douloureuses. Cependant, lorsqu'elles occupent les tendons, elles sont, pendant la contraction des muscles correspondants aux tendons lésés, le siége d'une douleur quelquefois vive, et entravent ainsi plus ou moins les mouvements. Le plus souvent situées sous la peau, ces tumeurs tendineuses sont d'abord dures, petites et circonscrites; plus tard, lorsqu'elles se ramol-

(1) *Gazette des hôpitaux*, 1842.
(2) S. Arrzomann, Thèse de Paris, 1858.

lissent, la peau devient rouge, elle s'enflamme, s'ulcère, se perfore et livre passage au produit gommeux mortifié. Celui-ci n'est pas du pus, je l'ai dit plus haut, et déjà B. Bell (1) avait noté les différences qui le séparent du liquide purulent : « Cette matière ténue, presque sans couleur, ou un peu teinte de sang, n'a peut-être jamais aucun des caractères du pus. » Les ulcères qui en résultent, ajoute le même auteur, sont sordides et communément plus difficiles à guérir qu'aucun des autres qu'on observe dans cette maladie.

A une certaine époque de leur évolution, et lorsqu'elles commencent à se ramollir, les nodosités syphilitiques des tendons peuvent être d'un diagnostic facile; mais il n'en est pas de même dans la première phase de leur développement. Alors elles peuvent être confondues avec bien d'autres tumeurs, et particulièrement avec ces petites tumeurs résultant d'une accumulation de sérosité dans les bourses muqueuses naturelles ou accidentelles, et auxquelles on a donné le nom de *ganglions*. Ces dernières lésions sont réductibles, et leur évolution est bien différente de celle des tumeurs gommeuses. Certains névromes peuvent encore induire en erreur; mais leur siége un peu différent, et la douleur qui les accompagne, aident à les différencier (2).

Le pronostic de ces affections n'est généralement pas sérieux, en raison du peu d'importance fonctionnelle des organes lésés.

LÉSIONS SYPHILITIQUES DES DOIGTS. — PANARIS SYPHILITIQUE.

Van Oordt, Thèse de Paris, 1859, p. 41 et 45. Gommes des tendons. — Chassaignac, De la dactylite syphilitique, Clinique européenne, p. 239, 23 juillet 1859. — Nélaton, Du panaris syphilitique, *Gaz. des hôpitaux*, fév. 1860, extrait dans Bullet. de thérapeutique, t. LVIII, p. 233. — Bergh, Sur les lésions syphilitiques des ongles et le panaris syphilitique. *Hospital Tidende*, n° 13, 1860, traduit du danois dans Behrend's Syphilidolog. III, 3, 1861.

Les différents tissus qui entrent dans la composition des doigts peuvent être simultanément ou isolément atteints par la syphilis, et ainsi sont susceptibles d'être observées les diverses espèces de panaris admises par les auteurs. Nous n'avons pas à revenir sur l'onyxis,

(1) *De la gonorrhée virulente et de la maladie vénérienne*, t. II, p. 187, Paris, 1802.
(2) Compar z : Notta, *Rech. sur une affection particulière des gaines tendineuses de la main, caractérisée par le développement d'une nodosité sur le tendon des fléchisseurs des doigts. Arch. gén. de médec.*, t. XXIV, 4e série, p. 142.

dont il a été question plus haut. Qu'il nous suffise de rappeler que la peau des doigts est exposée aux manifestations syphilitiques de tout le système cutané, et par conséquent à des éruptions multiples. Le tissu cellulaire sous-cutané des doigts n'est pas sous ce rapport plus épargné que celui des autres régions. Des tumeurs gommeuses peuvent s'y développer (dactylite gommeuse). Le tendon de l'un des doigts médius est le siége d'un dépôt gommeux dans l'une des observations (obs. IV) consignées dans la thèse Van Oordt. Il n'y a aucun motif pour que la synoviale et la gaîne fibreuse des tendons ou même les muscles interosseux ne subissent pas l'influence syphilitique. Quant au périoste et à l'os, ils ne sont pas plus exempts ici qu'ailleurs, et la dactylite périostite peut, à la rigueur, se terminer par carie et surtout par nécrose.

Le plus souvent, toutefois, ces diverses parties sont en même temps affectées, du moins à une certaine période, et alors il devient difficile de savoir quel a été le point de départ du processus morbide. Les faits jusqu'ici très-peu nombreux sur ce sujet nous engagent à donner ici, entre plusieurs autres, une observation intéressante rapportée par le professeur Nélaton dans l'une de ses cliniques. « Un homme âgé d'une cinquantaine d'années entre à l'hôpital de la Clinique pour se faire traiter d'une affection du doigt médius de la main droite. Il raconte que cette maladie s'est déjà reproduite deux fois; ce doigt est devenu gros et douloureux, puis ces accidents se sont dissipés graduellement, et finalement il a pu reprendre ses travaux, conservant toutefois son doigt un peu gros et un peu douloureux ; une seconde rechute eut lieu suivie d'une guérison apparente, comme la première fois ; enfin, après la deuxième récidive, voici l'état que présente cet homme. Le médius de la main droite est plus volumineux qu'il ne devrait l'être. Il a environ 1 centimètre de plus que son congénère du côté opposé. Cette augmentation de volume porte principalement sur la première phalange, un peu moins sur la seconde, elle est à peu près nulle sur la troisième. Les téguments, légèrement tendus, ont conservé leur aspect normal, ils offrent seulement une teinte violacée. Les mouvements sont peu gênés, la pression est faiblement douloureuse, mais il survient à divers instants de la journée et quelquefois pendant la nuit des douleurs spontanées. » Le même auteur rapporte en même temps un autre fait qui a de grandes analogies avec le précédent.

ARTICLE III. — APPAREIL GÉNITO-URINAIRE.

Nous avons précédemment fait connaître les localisations primitives et secondaires de la syphilis sur les organes génitaux. Les altérations tardives de ces organes chez l'homme et chez la femme, les lésions de l'appareil urinaire vont être maintenant l'objet de notre étude.

§ 1. — Organes génitaux de l'homme.

ASTRUC, Traité des maladies vénériennes, trad. franç. de Louis, 1777. — Benj BELL, Traité de la gonorrhée virulente, etc., trad. franç. de Bosquillon. Paris, 1802, t. II, 190. — DUPUYTREN, Leçons orales de clinique chirurgicale, t. I. Paris, 1832. —Ast. COOPER, Diseases of the testis. London, 1835, p. 135, et Œuvres chirurgicales, trad. française par Richelot et Chassaignac. Paris, 1837. — HUNTER, Œuvres complètes, traduct. française, p. 580. Paris, 1841. — HAMILTON, Essay on syphilitic Sarcocele. Dublin, 1840. — Ph. BOYER, Testicule syphilitique. *Gazette méd.*, 1840, p. 754. — VELPEAU, Dictionnaire en 30 volumes. — RICORD, Clinique iconographique de l'hôpital des vénériens, et *Gaz. des hôpitaux*, 1845, p. 503. — John HAMILTON, Essay on syphilitic Sarcocele. Dublin, 1849. — HELOT, Mémoire sur le testicule syphilitique, *Journal de chirurg.*, t. IV, 1846, p. 106. — VIDAL (de Cassis), Du Sarcocèle syphilitique, Mémoires de la Société de chirurgie, 1851. — NÉLATON, *Gazette des hôpitaux*, 8 avril 1852, et Annales des maladies de la peau, t. IV, 218. — CALVO, De l'albuginite syphilitique, etc., Thèse de Paris, 1854. — B. CURLING, Traité pratique des maladies du testicule, trad. franç. par L. Gosselin. Paris, 1857, p. 357. — VENOT, Du Sarcocèle syphilitique. Thèse de Paris, 1858. — ROLLET, Mémoire sur le Sarcocèle fongueux syphilitique. Lyon, 1858. — FOSSARD, De l'orchite tuberculeuse. Thèse de Paris, 1855. — M. LEBRUN, Du Sarcocèle syphilitique. Thèse de Paris, 1855. — A. LEJEAL, Du Sarcocèle syphilitique. Thèse de Paris, 1855. — VIDAL (de Cassis), Du Sarcocèle syphilitique, ses effets sur le testicule et sur la virilité. Mém. de la Société de chirurgie, 1856. — VIRCHOW, Syphilis constit., trad. franç. Paris, 1859. — DE MERIC, Fungus of the testicle in syphilis, The Lancet, March 19, 1859. — J. F. WEST, Sur le fungus syphilitique du testicule, dans *Dublin Quarterly Journ. of med. Science*, nov. 1859. — Ch. HARDY, Études sur les inflammations du testicule. Thèse de Paris, 1860, p. 48 et 49. — LEWIN, Studien über Hoden, Deutsche Klinik, n° 24, 1861, et Canstatt's Jahresbericht, 1861. — BERGH, Om dem syphilit. Testikellid. *Hospit. Tidende*, nos 9, 11, 1861. — A. DRON, De l'épididymite syphilitique, *Archiv. générales de médecine*, 6e série, t. 11, nov. et déc. 1863. — Fr. TENORE, Il fungo benigno del testicolo e la Sifilide costituzionale. Napoli, 1863, et Ann. univers., t. 187 (4e série, 41), p. 170. — VERNEUIL, Article *Aine* du *Dict. encyclopédique des Sciences médicales*, t. II, p. 286.

A. AFFECTIONS SYPHILITIQUES DES TESTICULES ET DES ÉPIDIDYMES.

Signalées par Astruc et déjà bien décrites par B. Bell, les affections syphilitiques des testicules ont été mieux étudiées par A. Cooper (1) et par Dupuytren; mais c'est véritablement à Ricord, à Vidal (de Cassis), à Curling et au professeur Gosselin que sont dus les travaux les plus importants sur la matière.

Comme la plupart des lésions syphilitiques, les altérations du testicule dans la vérole se montrent sous deux formes distinctes, l'une diffuse, l'autre circonscrite; quelquefois combinées, d'autres fois isolées et indépendantes, ces deux formes morbides méritent, pour ce dernier motif, chacune une description séparée.

ÉTUDE ANATOMIQUE. — *Forme diffuse. Orchite interstitielle.* — Qu'elle envahisse une partie ou la totalité de l'organe, qu'elle soit simple ou double l'orchite syphilitique diffuse est caractérisée, à son début, par une hypérémie vasculaire, et bientôt après par l'apparition, au sein du tissu interstitiel ou connectif, de nombreux noyaux auxquels succèdent le plus souvent des fibres de tissu conjonctif. A cette dernière période, des cloisons blanchâtres, des cordons radiés et d'aspect tendineux, partant de la tunique albuginée épaissie, traversent une partie ou toute l'épaisseur de l'organe, s'insinuent entre les canalicules séminifères, les compriment et les écartent les uns des autres. D'abord confondus avec le tissu néoplasique, ces canalicules ne tardent pas à s'atrophier, et alors les cellules épithéliales qu'ils renferment, devenues granuleuses par suite du dépôt d'un pigment brun noirâtre, se détruisent peu à peu en subissant la métamorphose graisseuse. Le testicule devient alors dur, résistant, il crie sous le scalpel; il n'est plus constitué en effet que par des éléments de tissu connectif auxquels s'ajoutent des particules de matière grasse, il a subi une véritable transformation fibro-graisseuse. En général plus volumineux au début de l'évolution pathologique, cet organe diminue plus tard de volume et se rapetisse peu à peu à mesure que se rétracte le tissu de nouvelle formation. De là résulte une atrophie générale si l'inflamma-

(1) On se fera une juste idée de l'invariabilité des caractères anatomiques des lésions syphilitiques du testicule, en comparant les planches laissées par A. Cooper avec celles que nous a léguées Ricord et celles qui font partie de ce travail. Il sera impossible, après cet examen, de ne pas reconnaître la spécificité des manifestations internes de la vérole.

tion est étendue, une dépression ressemblant à une cicatrice lorsque la phlegmasie est limitée ou seulement lobulaire. Dans ces conditions, le cordon est le plus souvent intact; quelquefois cependant il s'est trouvé confondu de façon à ne faire plus qu'une seule masse avec le testicule.

La tunique vaginale participe le plus souvent, à l'altération du testicule (périorchite, vaginalite). Tout d'abord elle renferme de la sérosité, qui, plus tard, se résorbe lorsque ses deux feuillets viennent à se tapisser de dépôts pseudo-membraneux et à produire des adhérences plus ou moins complètes. La périorchite isolée et indépendante de la l'altération testiculaire est tout au moins fort rare, si toutefois elle existe.

L'inflammation aiguë simple et non spécifique du testicule est à peu près la seule lésion qui puisse être confondue avec l'orchite syphilitique. Elle s'en distingue par une hypérémie et une friabilité plus considérables, et surtout par une évolution beaucoup plus rapide, en sorte qu'elle ne produit ni le même épaississement de la trame interstitielle, ni l'atrophie qui en résulte. L'inflammation qui succède à une blennorrhagie ou à tout autre désordre de l'urètre porte, avant tout, sur le cordon et sur l'épididyme. Je ne chercherai pas à différencier l'orchite syphilitique de l'orchite chronique, dont l'existence n'est pas jusqu'ici nettement établie. Je pense, avec le professeur Gosselin, que la plupart des cas d'orchite chronique connus peuvent bien avoir une origine syphilitique.

Forme circonscrite. Orchite gommeuse. — Cette forme coexiste fréquemment avec celle qui précède, et aux caractères ci-dessus signalés s'ajoutent alors ceux de la tumeur gommeuse (1). D'autres fois, les gommes du testicule se développent isolément, elles ont pour point de départ la tunique externe d'un vaisseau ou la membrane d'un canalicule spermatique, elles sont le plus souvent multiples et dispersées en différents points ou groupées sur un seul. D'un volume qui varie de la grosseur d'une lentille à celle d'une noisette, d'une noix ou même d'un œuf, ces dépôts arrondis ou mamelonnés, d'une coloration grisâtre ou d'un blanc jaunâtre, ont une consistance ferme, qui devient plus molle vers le centre; à la coupe, ils sont secs plutôt qu'humides, c'est-à-dire qu'ils laissent échapper peu ou pas de liquide sous l'influence de la pression. De même que la plupart des

(1) Les planches de l'*Iconographie* de Ricord et les nôtres fournissent des exemples de cette double altération.

tumeurs gommeuses des organes internes, les gommes du testicule sont entourées dès leur début d'une aréole grisâtre, parcourue de vaisseaux visibles à l'œil nu; plus tard elles sont enveloppées d'une sorte de capsule fibreuse blanchâtre, dont il est parfois difficile de les séparer.

La constitution histologique de ces tumeurs n'est pas toujours parfaitement identique, au moins quant à la forme des éléments constitutifs; tandis que les unes sont presque entièrement fibreuses, les autres, au contraire, sont composées à peu près uniquement de noyaux ou de cellules. Dans un cas je n'ai pu y trouver que des éléments altérés et informes, des granulations graisseuses abondantes et des cristaux de matière grasse (margarine). Ces productions passent par les diverses phases que subit toute tumeur gommeuse, et la dégénérescence régressive y est en général d'autant plus avancée qu'on examine des parties plus centrales, d'où la possibilité dans certains cas de distinguer dans ces tumeurs trois zones distinctes par le degré d'altération des éléments.

S'il arrive qu'un seul testicule soit malade, quelquefois les deux organes sont simultanément affectés. Le corps du testicule est le siége ordinaire des dépôts syphilitiques; l'épididyme et le cordon spermatique, toutes les fois qu'un examen anatomique a pu être fait, n'étaient en général altérés que par suite de l'extension de l'affection testiculaire. Ce siége sert à différencier la gomme du tubercule proprement dit, qui se développe d'habitude dans l'épaisseur de l'épididyme; mais avec ce dernier coexistent ordinairement de petits tubercules miliaires et grisâtres (granulations tuberculeuses). L'évolution de ces produits n'est d'ailleurs pas identique; le tubercule se ramollit plus rapidement, enflamme les tissus voisins, adhère à la peau et devient le siége de trajets fistuleux plus ou moins nombreux. Le cancer produit par l'hypergénèse des éléments de tissu conjonctif est une production vasculaire anatomiquement différente, par conséquent, de la tumeur gommeuse. Quand au contraire le néoplasme cancéreux est constitué par des cellules épithéliales, ses éléments constitutifs le séparent nettement de toute production syphilitique.

Entre autres exemples d'altération gommeuse des testicules, nous donnons le suivant, dans lequel ces organes, plus volumineux qu'à l'état normal, sont presque entièrement constitués par une substance jaunâtre homogène quelque peu analogue au jaune de l'œuf bien cuit.

A peine, en effet, trouvait-on à la périphérie de cette masse à surface irrégulière et déprimée quelques vestiges de la tunique albuginée; cette membrane, qui avait subi une transformation identique à celle du reste de l'organe, n'était en aucune façon distincte.

Accidents syphilitiques traités à l'Hôpital du Midi, gommes et ulcères de la jambe; sarcocèle syphilitique; cachexie. — Mort et autopsie : gommes multipliées du foie; lésions des ganglions viscéraux, orchite interstitielle et tumeurs gommeuses des testicules.

Obs. XXV. — D..., âgé de quarante-quatre ans, tailleur d'habits, fut longtemps traité à l'Hôpital du Midi, dans le service de M. Cullerier, pour une maladie syphilitique. Le 5 avril 1862, il entra à l'hôpital de la Pitié dans le service de M. Michon. C'est un homme d'une taille élevée, mais très-amaigri, qui offre toutes les apparences d'un état cachectique avancé, savoir : décoloration et teinte jaunâtre des téguments, œdème des membres inférieurs, mollesse et flaccidité des tissus, appétit presque nul et diarrhée. Il est d'une faiblesse excessive, et il demande plutôt à reprendre ses forces qu'à se faire traiter d'une large ulcération d'aspect gangréneux qu'il porte à la partie antérieure et inférieure de la jambe droite, et qui paraît résulter d'une gomme ancienne et ramollie. La faiblesse de ce malade croissant de plus en plus, il succombe au bout de quelques jours dans le marasme le plus complet (25 avril), sans avoir présenté d'autres symptômes que ceux qui viennent d'être rappelés.

Autopsie. — Les cheveux sont en grande partie conservés; plusieurs dents sont cariées; la couche épidermique est partout mince et légèrement desquammée, une large ulcération ($0^m,50$ de diamèt.) sanieuse et verdâtre, un peu foncée, existe à la partie inférieure de la jambe droite. Le gland offre à sa partie antérieure et inférieure une perte de substance et une cicatrice qui a amené un hypospadias. On constate en outre quelques cicatrices blanches et irrégulières de la peau à la région antérieure de la poitrine et plusieurs croûtes d'ecthyma sur l'épaule droite. Absence de tumeurs osseuses ou musculaires.

Le cerveau est sain, mais pâle et décoloré. L'arachnoïde épaissie, grisâtre au niveau du bulbe, adhère intimement à la substance nerveuse. Néomembrane de peu d'étendue à la surface interne de la dure-mère, au voisinage de la faux du cerveau. Les os sont intacts.

Cavité thoracique. — Le péricarde renferme une petite quantité de sérosité. Le cœur, large et mou, se trouve recouvert d'une légère couche de graisse et d'une plaque blanche et laiteuse. Il est presque exsangue, et cependant on aperçoit à sa surface quelques taches ecchymotiques. Les valvules mitrales sont un peu épaissies; le tissu du cœur n'est pas altéré.

Taches vineuses ecchymotiques et nombreuses à la surface des plèvres et plus particulièrement de la plèvre diaphragmatique. Absence d'adhérences, mais épanchement peu abondant et séro-sanguinolent dans la ca-

vité pleurale gauche. Adhérences nombreuses du poumon droit avec la paroi thoracique, intégrité de l'organe. Le poumon gauche est, au niveau de son bord postérieur, le siége d'une induration brunâtre due à une pneumonie avec infiltration sanguine.

Cavité abdominale. — Le foie, augmenté de volume, déborde le rebord des fausses côtes, son diamètre antéro-postérieur est de $0^m,22$, le transversal est de $0^m,32$. Cet organe adhère en plusieurs points avec les parties voisines et plus particulièrement avec le diaphragme, à l'aide de fausses membranes allongées et blanchâtres. Au niveau de chacune des adhérences il existe, soit une dépression plus ou moins profonde et comblée en partie par du tissu fibreux, soit une petite tumeur arrondie, blanchâtre, du volume d'un gros pois ou d'une noisette. La plupart des dépressions sont étoilées de trois branches, et les lèvres qui limitent la perte de substance sont réunies par de fins tractus de tissu conjonctif. Les tumeurs que l'on remarque à la surface du foie sont enveloppées d'un tissu fibreux blanchâtre au-dessus du niveau duquel elles font saillie (pl. I, fig. 5 et fig. 5'). Assez abondantes et régulièrement disséminées à la surface convexe du foie, ces petites tumeurs sont beaucoup plus rares à la face concave de cet organe. On en rencontre plusieurs au niveau du bord droit, l'une d'elles donne lieu à une échancrure manifeste de ce bord. Une trame fibreuse, au sein de laquelle se rencontrent des noyaux arrondis et de nombreuses granulations graisseuses, telle est la constitution des tumeurs dont il s'agit.

Dans le tissu grisâtre qui enveloppe ces tumeurs, il n'existe que des noyaux arrondis ou elliptiques et des fibres de tissu connectif. Les cellules hépatiques voisines des tumeurs sont remplies de graisse et déformées; mais dans le reste de l'étendue du foie, elles sont à peu près normales.

Il est facile de s'assurer que ces tumeurs sont, pour la plupart, développées au pourtour d'un canalicule biliaire. A leur centre, en effet, existe une tache jaune ou verdâtre, due à la présence de la matière colorante de la bile, et à laquelle un canalicule vient aboutir. La coloration des nodules est blanchâtre, leur consistance est assez ferme; quelques-uns d'entre eux, plus mous, sont en même temps plus jaunâtres. Après une section de l'organe, on aperçoit plusieurs petits points grisâtres vers lesquels convergent des sillons fibreux; ainsi le même tissu rétractile que nous avons vu à la surface de l'organe enveloppant les tumeurs gommeuses se retrouve à l'intérieur où il semble indiquer l'existence de tumeurs antérieures en ces divers points. La coloration du parenchyme hépatique est jaunâtre, ce qui tient aux nombreuses granulations graisseuses que renferment les cellules propres du foie. Dans plusieurs endroits où il n'existe pas de tumeurs, on trouve encore quelques canalicules dilatés, avec épaississement de leurs parois, et contenant à leur intérieur une matière colorante verdâtre.

La rate, augmentée de volume, est couverte de plaques laiteuses. Les ganglions de l'abdomen sont volumineux, d'un rouge grisâtre ou vineux,

plus mous qu'à l'état normal et sans aucun doute altérés. Les reins sont pâles et décolorés, mais d'ailleurs sains. La vessie est saine. Le tube digestif est intact, à part une ulcération de petite étendue, mais profonde, qui se rencontre à l'union de l'S iliaque et du rectum.

Les deux testicules sont altérés. A la palpation, le testicule gauche est augmenté de volume, la sensation qu'il fournit est celle d'un corps piriforme ferme, légèrement irrégulier, partout également résistant. A droite, le volume en est peu modifié, mais on sent des points indurés et élastiques qui paraissent avoir pour siége la tunique albuginée. L'examen anatomique de ces organes révèle à gauche une adhérence intime des deux feuillets de la tunique vaginale. Le feuillet viscéral, la tunique fibreuse ou albuginée, et la substance testiculaire sont confondus entre eux et forment une masse jaune élastique, peu friable et d'une consistance uniforme; cette masse, qui a le volume d'un gros œuf de poule et présente quelques bosselures à sa face antérieure, est uniquement constituée par un produit nouveau, on n'y trouve plus de canalicules spermatiques. Toutefois, au voisinage de l'épididyme, la tunique albuginée se distingue encore de la substance sous-jacente; la tunique vaginale s'y trouve épaissie, doublée d'une fausse membrane vasculaire; absence de liquide épanché. La substance, assez analogue à un jaune d'œuf bien cuit, qui remplace ce testicule est composée d'une matière fibroïde, de noyaux et de cellules parsemées de granulations. On y trouve de nombreux amas de cristaux de graisse (*margarine*) et d'abondantes granulations graisseuses.

Lorsque, par la dissection, on arrive à droite sous le feuillet pariétal de la tunique vaginale, on remarque la présence d'une vascularisation, et de plus un épaississement qui tient en grande partie aux adhérences qui unissent les deux feuillets; les adhérences sont nombreuses, et entre elles se trouve épanchée une petite quantité de sérosité. La tunique albuginée est épaissie aussi bien que les cloisons qui en émanent; par-ci par-là, on aperçoit de petites tumeurs jaunâtres plus ou moins molles; la substance testiculaire présente une coloration jaunâtre disposée linéairement suivant la direction des canalicules spermatiques, un grand nombre de ces derniers renferment des cellules épithéliales altérées et des granulations graisseuses. Dans les parties molles et jaunâtres, les gouttes d'huile et les granulations graisseuses sont abondantes; on trouve même des cristaux de cholestérine (pl. I, fig. 8 et fig. 8′).

Sans parler ici de l'altération du foie, sur laquelle nous aurons à revenir, il y a lieu de penser que c'est dans les cas de ce genre et à la suite de l'envahissement de la tunique vaginale par le produit gommeux que l'on voit naître ces *fongus syphilitiques* du testicule qui naguère ont fixé l'attention des observateurs d'une façon plus particulière. On conçoit en effet que cette production, venant à se ramollir, puisse enflammer, ulcérer et même perforer le scrotum,

d'où son issue au dehors, et l'accident décrit sous le nom de fongus. Ce mécanisme, par conséquent, ne diffère en rien de celui que nous avons signalé à propos des gommes du tissu cellulaire sous-cutané. C'est à tort, à notre sens, qu'on a voulu faire provenir cet accident d'une suppuration du produit syphilitique. Il est bien évident qu'en pareil cas les éléments glandulaires qui avaient pu rester intacts, faisant hernie avec le dépôt gommeux, ne tardent pas à s'altérer, et que l'organe est toujours gravement compromis.

Étude symptomatique. — Les manifestations syphilitiques des testicules (orchite, gommes) ont un début insidieux; rarement une douleur violente traduit leur existence, de sorte que le malade ne s'aperçoit souvent de leur présence que par hasard ou par la gêne que détermine l'augmentation du volume de l'organe malade. Celui-ci s'accroît en effet peu à peu, il devient plus lourd, dur, ferme à la palpation; il est inégal et bosselé lorsque des gommes ont leur siége à sa surface ou que des fausses membranes épaisses occupent la tunique vaginale. Dans ces conditions, un certain degré de tiraillement exercé sur le cordon produit quelquefois des douleurs lombaires ou abdominales, et, suivant A. Cooper, le testicule lui-même peut être le siége d'une douleur peu intense s'exaspérant la nuit.

La sensibilité à la pression, si tant est qu'elle soit accrue au début, s'affaiblit avec la progression du mal, et le testicule peut devenir complétement indolore. Les bourses conservent leur coloration et leur souplesse, excepté dans les cas rares de fongus; le cordon et l'épididyme, le plus souvent intacts, sont enchâssés, le dernier du moins, dans la masse du testicule. Après un certain temps, l'organe affecté constitue en effet une masse ordinairement piriforme, relativement lourde, lisse ou le plus souvent parsemée de petites inégalités; dans l'un de nos cas, il donnait la sensation d'une agglomération de tumeurs volumineuses, bosselées, arrondies et élastiques; d'autres fois, il est comme enveloppé d'une coque ferme et résistante; ce sont là autant de différences dont l'anatomie pathologique rend parfaitement compte. L'hydrocèle, symptôme assez ordinaire du début de l'affection, est en général peu abondant, et est plus tard résorbé par les fausses membranes une fois organisées. Contrairement à l'opinion de Curling, il nous a paru que les deux testicules participent le plus ordinairement à cette altération, qu'ils soient simultanément ou successivement affectés.

Les désirs vénériens sont faibles ou nuls. Les fonctions génératrices perdent peu à peu de leur énergie; l'érection devient de plus en plus difficile; la sécrétion du sperme diminue, elle peut cesser complétement, si les deux testicules sont lésés, et de là l'impuissance et l'infécondité si fréquemment liées à l'existence de l'orchite syphilitique. Il suffit toutefois que l'un des organes reste sain pour qu'il n'y ait aucun trouble appréciable des fonctions génératrices, ainsi que le fait remarquer avec raison le professeur Gosselin.

Le fongus qui résulte d'une orchite syphilitique se présente sous forme d'une tumeur, en général régulière, d'une consistance partout égale, ayant assez l'aspect d'un chapeau de champignon. La surface de cette tumeur est granuleuse, elle sécrète un pus louable et de bonne nature. La peau qui la circonscrit est parfaitement libre et intacte, les ganglions inguinaux correspondants sont sains.

L'orchopathie syphilitique se montre quelquefois dans l'année qui suit l'infection primitive, et alors elle peut coexister avec certaines éruptions précoces, l'iritis et la périostite; ou bien elle survient tardivement, c'est-à-dire, trois, cinq, ou même dix ans après l'accident primitif, et simultanément avec les affections des viscères. A l'une et à l'autre de ces deux époques, l'affection dont il s'agit est quelque peu différente dans son siége, dans sa marche et dans son aptitude à céder aux remèdes. En général, plus elle est rapprochée du début de la maladie, plus son développement est rapide, plus aussi elle manifeste de tendance à envahir l'épididyme. Car, s'il est vrai que cette portion de la glande spermatique n'est jamais primitivement affectée dans la période tertiaire, il n'en est pas de même dans la période secondaire. Quelques auteurs pensent, en effet, que la syphilis peut déterminer dans l'épididyme des modifications tout à fait indépendantes de celles du testicule, et ils admettent parallèlement à l'orchite syphilitique une épididymite de même nature. Le docteur Dron (1) a tout particulièrement insisté sur ce point. Après avoir résumé les opinions des auteurs sur la matière, il rapporte un nombre d'observations assez imposant pour qu'il y ait lieu de ne plus mettre en doute l'épididymite syphilitique. Un premier point ressort de ces observations, c'est que l'altération dont il s'agit atteint d'ordinaire les deux épididymes à la fois et qu'elle a son siége le plus habituel au

(1) *De l'épydidimite syphilitique* (*Archives de médecine*, 1863).

niveau du globus major. Un autre point non moins important est l'époque d'apparition de cette lésion des épididymes par rapport aux manifestations diverses de la syphilis. Or, les recherches en question nous apprennent que c'est en moyenne trois mois et demi après l'accident primitif que se montre cette altération, en même temps par conséquent que les éruptions superficielles précoces.

On constate au niveau de l'épididyme l'existence d'une tumeur ferme, résistante, solide, inégale et bosselée, appliquée contre le testicule sans jamais l'emboîter, et ainsi distincte de la glande séminale. Indolente, cette tumeur passe souvent inaperçue pour le malade, et, après une durée en général fort longue, elle finit par se résoudre sans avoir entravé les fonctions de l'organe lésé.

L'orchite syphilitique, affection toujours lente dans son évolution, et d'une durée qui parfois dépasse une année, subit des phases diverses dont le dernier terme peut être la transformation fibreuse et l'atrophie de l'organe malade.

La transformation calcaire de cette altération, quoique possible, ne repose encore sur aucun fait avéré. Quant à la suppuration, tout porte à croire que le testicule syphilitique n'y est pas plus sujet que les autres organes. Cette opinion, qui est celle du professeur Gosselin, de Ricord et la nôtre, a l'avantage de reposer sur des faits nombreux. La destruction du testicule est loin d'être un phénomène constant, et Curling pense que l'orchite syphilitique guérit habituellement. En tout cas, il peut y avoir conservation de la fonction lorsqu'on fait intervenir assez tôt, c'est-à-dire avant l'atrophie complète des canalicules spermatiques, un traitement approprié. Gosselin a pu s'assurer que le sperme arrivait alors à recouvrer ses qualités normales.

Les gommes finissent en général par se résoudre, laissant à leur suite une altération plus ou moins profonde du testicule; sinon, leur ramollissement rapide donne lieu à des foyers qui ulcèrent les parties voisines, et de là un fongus simple, ainsi qu'il est prouvé par les observations de Rollet, de Gosselin et de plusieurs autres observateurs.

Diagnostic. — Les affections avec lesquelles il est possible de confondre le sarcocèle syphilitique sont nombreuses; les orchites blennorrhagiques et toutes celles qui ont le canal de l'urètre pour point de départ s'en distinguent par ce fait qu'elles sont précédées d'une urétrite et qu'elles commencent par l'altération du cordon spermatique et de l'épididyme. L'orchite aiguë spontanée ou traumatique

se reconnaît à une douleur vive avec gonflement du testicule et rougeur des bourses. L'orchite chronique non spécifique est plus difficilement séparable ; mais, ainsi qu'il a déjà été dit, les faits qui ont servi à édifier cette dernière affection sont vraisemblablement, du moins pour la plupart, sous la dépendance d'une infection syphilitique méconnue. Quoi qu'il en soit, la tendance à affecter les deux testicules, la résistance à la suppuration, une infection syphilitique préalable, telles sont les circonstances qui plaident en faveur du sarcocèle syphilitique. Des douleurs lancinantes, un accroissement rapide, des bosselures saillantes et irrégulières qui ne tardent pas à se ramollir, l'altération consécutive des bourses et des ganglions lombaires, c'est en quoi consistent les signes qui caractérisent le cancer des testicules, et qui le différencient de l'orchite syphilitique. L'affection tuberculeuse des testicules débute en général par l'épididyme, elle n'envahit pas entièrement le corps de la glande, elle ne tarde pas à adhérer aux bourses, à modifier l'état normal du scrotum et à produire en dernier lieu des abcès bientôt suivis de trajets fistuleux, ce qui n'arrive pas dans le sarcocèle syphilitique. De plus l'hydrocèle est très-rare dans l'affection tuberculeuse qui du reste est le plus souvent accompagnée d'une lésion analogue de la prostate et des vésicules séminales.

Pronostic. — Considérée en elle-même, l'affection syphilitique du testicule n'est pas dangereuse, puisqu'elle ne compromet en rien l'existence de l'individu et qu'elle cède le plus souvent à un traitement approprié. Dans quelques cas pourtant, elle présente un certain degré de gravité en raison de sa longue durée, de la possibilité d'une transformation fibreuse ou peut-être calcaire et de la destruction des éléments sécréteurs, conditions dans lesquelles les fonctions génératrices se trouvent pour toujours abolies. Comme la plupart des affections syphilitiques du reste, l'orchite est sujette à récidives.

B. AFFECTIONS SYPHILITIQUES DES CANAUX DÉFÉRENTS, DES VÉSICULES SÉMINALES ET DE LA PROSTATE.

Ces différentes parties ne subissent que rarement les atteintes de la syphilis ; nous savons déjà que dans l'orchite syphilitique le cordon spermatique est généralement intact, et que cet état d'intégrité du canal déférent est même un signe diagnostique. Ce canal néanmoins est quelquefois lésé par extension de l'altération du

testicule; mais, ce cas mis de côté, il est possible d'avancer que la syphilis n'influence pas ordinairement d'une façon directe les conduits vecteurs de la sécrétion spermatique. Verneuil a pu voir une tumeur gommeuse du cordon, qui au moment de son plus grand développement formait une masse morbide du volume des deux poings. Dure, lardacée, remontant jusque dans la fosse iliaque, cette masse, qui était le siége de douleurs sourdes avec exacerbation, avait été prise tout d'abord pour un cancer. Une production pareille occupait la paroi antérieure de l'oreillette droite (1). A part ce fait, il existe plusieurs observations de tumeurs syphilitiques inguinales (Ricord, Sarrhos, Azam), et j'ai eu moi-même l'occasion d'en voir un cas, mais rien ne prouve que le cordon participât alors à l'altération.

Les vésicules séminales paraissent fort peu exposées à subir l'influeuce de la syphilis, du moins aucun fait ne prouve jusqu'ici que ces réservoirs aient jamais été spécifiquement affectés. En est-il ainsi de la prostate? Il m'est difficile de le dire; je ne le pense pas cependant, en raison de l'existence, dans l'un des faits que nous rapporterons plus loin, d'une altération de cette glande, à laquelle il est difficile de ne pas attribuer une origine syphilitique. Il y a lieu de croire tout au moins que parmi les nombreuses tumeurs dont la prostate est le siége, quelques-unes pourraient bien provenir de la syphilis. J. L. Petit (2) se montrait déjà le défenseur d'une opinion qui consiste à attribuer une origine syphilitique à un certain nombre de tumeurs prostatiques; mais, de même que la plupart des auteurs qui l'ont précédé ou suivi (3), confondant la blennorrhagie avec la syphilis, il comprenait sous le nom d'engouement syphilitique les altérations blennorrhagiques de cette glande. Cette remarque, déjà faite par Béraud (4), nous paraît parfaitement exacte; l'erreur une fois signalée, il sera facile de faire à l'avenir dans les affections prostatiques la part de la syphilis et la part de la blennorrhagie.

(1) *Bull. de la Société anat.*, 2e série, t. Ier, p. 12, 1856; et *Dict. encyclop.*, t. II, p. 236.

(2) *Œuvres complètes.* Paris, 1844.

(3) Voyez André, *Dissertation*, etc., p. 46. — Swediaur, *loc. cit.*

(4) *Maladies de la prostate.* Thèse de concours. Paris, 1857.

§ 2. — Organes génitaux de la femme.

A. AFFECTIONS SYPHILITIQUES DES OVAIRES.

Non moins importantes et non moins fréquentes peut-être que les affections des testicules, les lésions syphilitiques des ovaires ont si peu fixé l'attention des observateurs, qu'un grand nombre de médecins doutent encore de l'action possible de la syphilis sur ces organes. Astruc (1) parle cependant de tophus, de squirrhes et de tumeurs ovariennes; mais ce qu'il dit à cet égard est tellement vague et entaché des théories de l'époque, qu'il n'est guère possible de tenir compte de ses indications. Après Astruc, le docteur Richet est peut-être le seul auteur qui fasse mention de ces altérations; parlant des tumeurs du sein, on y rencontre de plus, dit-il, une variété de tumeurs sur laquelle aucun auteur, que je sache, n'a insisté, et qui survient sous l'influence de la diathèse syphilitique : c'est ce que j'appellerai la tumeur syphilitique du sein, analogue à celle de nom semblable qu'on trouve au testicule et dont j'ai également recueilli quelques observations pour l'ovaire (2). On trouve bien dans une thèse, soutenue en 1858 devant la faculté de Paris, le passage suivant dont nous n'avons pu retrouver le texte original : « Il a été lu le 29 juin 1858, à la Société anatomique, l'observation d'une jeune fille de 12 ans (service de M. Blache, hôpital des enfants) présentant des tumeurs gommeuses des deux ovaires, qui furent reconnues au microscope, ainsi qu'une autre située dans le tissu cellulaire sous-cutané du cuir chevelu (3). » Mais cette courte note laisse tout au moins à douter sur la nature de l'altération ovarienne. A ces seules données se réduisent nos connaissances sur les affections syphilitiques des ovaires; l'histoire de ces affections reste donc à faire tout entière. Leur fréquence relative n'est nullement connue; mais, en raison de leur structure fibreuse, les ovaires semblent particulièrement prédisposés aux lésions syphilitiques. Celles de ces lésions que nous connaissons ont du reste la plus grande analogie avec celles des testicules, et il y a lieu de leur reconnaître les mêmes formes anatomiques, diffuse et circonscrite. La forme diffuse ou ovarite syphilitique n'a été vue par nous qu'à la

(1) *Loc. cit.*, t. IV, p. 103.

(2) *Traité d'anatomie chirurg.* Paris, 1857.

(3) Thévenet, *Étude sur les tumeurs gommeuses du tissu cellulaire et des muscles.* Thèse de Paris, p. 30, 1858.

période atrophique, mais elle présente une telle ressemblance avec l'orchite syphilitique qu'il est permis de croire qu'elle suit la même évolution, à savoir : au début, multiplication des éléments du tissu conjonctif et augmentation de volume de l'organe ; plus tard organisation ou développement complet de ces éléments, épaississement fibreux (1), induration ; puis, peu à peu, rétraction et atrophie : c'est du moins ce que paraissent indiquer plusieurs de nos faits où, chez des femmes non encore arrivées à l'âge de la ménopause, nous avons trouvé des ovaires d'un volume ordinaire ou petit, mais entièrement fibreux, quelquefois parsemés de cicatrices et ne renfermant plus de vésicules de Graafe. La forme gommeuse de la syphilis ovarique présente la plus grande analogie avec l'orchite gommeuse, comme le prouve la figure de la planche II, que nous devons à l'obligeance du docteur Richet. L'ovaire volumineux contient une masse molle, sèche, jaunâtre qui trahit parfaitement son origine spécifique. Un cas que le docteur Lécorché a communiqué à la Société de biologie donne lieu de penser que ces productions sont susceptibles de se calcifier. « A la surface de la coque fibreuse de chaque ovaire, on aperçoit, dit notre collègue et ami, des dépôts

(1) Chez une fille de 33 ans, qui avait eu des accidents syphilitiques, et qui succomba à l'hôpital de la Pitié, j'ai trouvé ce genre d'altération.

Cette fille, brodeuse, était entrée à l'hôpital le 4 février 1860, et se trouvait couchée au n° 24 de la salle Sainte-Marthe. Elle avait eu des accidents de vérole constitutionnelle dix ans auparavant. A son entrée à l'hôpital, elle présentait une hémiplégie faciale du côté gauche et une paralysie du moteur oculaire externe ; elle accusait des douleurs nocturnes violentes dans la tête et aussi dans les tibias. Déjà elle avait pris pour combattre ces douleurs ostéocopes de l'iodure de potassium, qui les avait fait disparaître. Cette fois l'action du médicament fut sans résultat (1gr,50) ; la malade finit par succomber après avoir eu des vomissements, et sur la fin un peu de délire.

A l'autopsie, pas trace de cicatrices sur la surface cutanée, rien de particulier aux os du crâne ni aux méninges ; les glandes de Pacchioni sont nombreuses et développées. Le cerveau a une consistance à peu près normale (les facultés intellectuelles étaient bien conservées) ; les ventricules sont un peu dilatés, mais rien d'apparent au niveau des nerfs faciaux et oculo-moteurs externes ; les os de la base ne furent pas examinés.

Dans le petit bassin il existait des adhérences entre l'ovaire, l'utérus et les parties voisines ; le cul-de-sac péritonéal contenait une petite quantité de pus ; les reins étaient couverts d'une couche de pus, ainsi que les uretères ; il semblait que l'inflammation et la suppuration avaient pu fuser le long de ces conduits.

L'un des ovaires, plus volumineux, est le siége d'une induration blanche disposée par plaques, il est manifestement lésé dans sa plus grande étendue, il adhère à la trompe et aux parties voisines. Le col de l'utérus est infléchi sur la partie antérieure du corps.

calcaires nombreux qui font effervescence avec l'acide azotique et qui se sont formés sans doute sous l'influence d'inflammations fréquentes et répétées. » Il s'agissait dans ce cas d'une femme atteinte de cachexie et présentant une syphilide papuleuse à la région frontale. On trouva dans les poumons trois masses qu'on crut tuberculeuses, mais que nous serions tenté de regarder plutôt comme des tumeurs gommeuses.

ÉTUDE SYMPTOMATIQUE. — Les symptômes qui s'associent aux lésions dont il s'agit, fixent peu l'attention ; aussi, sans l'examen cadavérique, ces lésions passent-elles le plus souvent inaperçues. Une douleur sourde, obtuse, peu intense, semble constituer parfois le seul symptôme de la syphilis ovarique ; mais un trouble plus fréquent et à la fois très-difficile à constater, c'est l'abolition de la fonction de reproduction. L'anaphrodisie, la stérilité, paraissent être en effet une conséquence nécessaire des désordres anatomiques que nous venons de signaler, pourvu toutefois que les deux ovaires soient affectés. En raison de leur siége, ces organes sont peu accessibles à nos moyens d'investigation, mais il est possible néanmoins de constater, dans certains cas, une augmentation de leur volume manifeste à la palpation abdominale et au toucher vaginal combinés.

Chez une malade âgée de 43 ans que nous avons observée en 1859, lorsque nous avions l'honneur d'être l'interne du professeur Laugier, il existait, en même temps que des douleurs ostéocopes du crâne, deux tumeurs du volume d'un œuf, situées à la région des ovaires et allongées suivant la direction du ligament large. L'iodure de potassium administré par notre savant maître, dans l'hypothèse d'une affection syphilitique des ovaires, amena une diminution rapide de ces tumeurs, et après 20 jours de traitement, quand la malade demanda sa sortie, on put constater que l'une d'elles, celle du côté gauche, avait disparu, car on ne la retrouvait plus à la palpation. Une chute faite sur l'abdomen, telle était, au dire de la malade, l'occasion du développement de ces productions.

Diagnostic et Pronostic. — Le diagnostic de la syphilis ovarique est difficile ; il repose, en dehors du trouble ou de l'abolition des fonctions génératrices, sur les antécédents de la malade, la concomitance d'accidents syphilitiques, l'état cachectique, et, dans certains cas, sur la présence d'une ou de deux tumeurs à la région des ovaires, et la modification rapide qui peut résulter d'un traitement spécifique. Le pro-

nostic est sans gravité au point de vue de l'individu ; il n'a d'importance qu'autant qu'il est envisagé par rapport à l'espèce.

B. AFFECTIONS SYPHILITIQUES DES TROMPES UTÉRINES, DE L'UTÉRUS ET DU VAGIN.

P. MAYNARD, in Aphrod. Luisin., p. 392. — GOSSELIN, Archiv. générales de médecine, t. II, p. 145, 1848. — ROBERT, Affection du col utérin. Thèse de concours. Paris, 1848, p. 37 et 38. — BERNUTZ, Des affections syphilitiques de l'utérus, Mémoire lu à la Société médicale des hôpitaux, 1855. —STAN. ROSSIGNOL, Aperçu médical sur la maison de Saint-Lazare. Thèse de Paris, 1856. — MAC-CLINTOOCK, Sur les tumeurs des lèvres, du clitoris et du vagin, Schmidt's Jahrb., t. CXIX, p. 56. —N. VENOT, Du chancre de l'utérus, *Journal de Bordeaux*, 8e série, VIII, p. 554. —SIGMUND, Syphilis an dem Scheidentheile der Gebarmutter ; Spital Zeitung, 8 et 9, 1863.

Aucun fait, à ma connaissance, ne mentionne l'altération syphilitique des trompes utérines, mais on conçoit facilement la possibilité d'action de la syphilis sur ces conducteurs des ovules. Des manifestations syphilitiques diverses appartiennent à l'utérus. Gosselin, Robert, Bernutz, Rossignol, ont étudié avec soin l'accident primitif et les localisations syphilitiques secondaires du col utérin. Mais à côté de ces affections qui ne doivent plus nous occuper ici, l'utérus ne peut-il, ainsi que la plupart des organes internes, subir l'influence de la syphilis arrivée à sa période la plus avancée ? A la vérité, quoique je ne possède aucun fait personnel, je ne pense pas, néanmoins, qu'il puisse y avoir de doute à cet égard. Dans son fameux *Traité des maladies vénériennes*, Astruc n'oublie pas plus les affections de la matrice que celles des autres viscères, et après avoir parlé des ulcères de l'utérus, il signale le squirrhe vénérien qui souvent dégénère en cancer et produit par degrés la douleur, les élancements, l'ulcération. Qu'entend par là cet auteur ? C'est ce qu'il est difficile de préciser : dans l'hypothèse d'une induration cancéreuse, il faut reconnaître que l'altération signalée par Astruc n'a aucun rapport avec la vérole ; mais dans le cas contraire, elle pourrait bien avoir quelque liaison avec cette maladie, et il serait possible de songer à l'une de ces productions gommeuses qui ne sont du reste pas très-rares dans les viscères.

Depuis Astruc, on s'est peu occupé des métropathies syphilitiques tertiaires. Le docteur Whitehead (1) prétend que l'utérus peut devenir le

(1) *De la transmission des parents aux enfants de quelques formes de maladies.* Londres, 1857. Analyse dans *Archives génér. de médecine*, t. II, p. 375, 1857.

siége de lésions spéciales dépendantes de la *lues venerea*. Ce sont : 1° l'hypertrophie, avec ou sans induration, occupant d'abord le segment inférieur de l'utérus, et s'étendant à une portion plus ou moins étendue ou à la totalité de cet organe; 2° l'érythème présentant une surface d'un rouge foncé, lisse ou parsemée d'élevures blanches, connues sous le nom d'hypertrophies folliculeuses ; 3° les excoriations; 4° les ulcérations aphtheuses; 5° l'endométrite ; 6° les excroissances verruqueuses. Ces lésions, en admettant qu'on pût les rattacher à la syphilis, ce qui n'est rien moins que prouvé, appartiendraient en tout cas aux premières périodes plutôt qu'à la dernière; mais rien ne conduit à penser que la plupart d'entre elles aient une origine syphilitique, on pourrait même dire que c'est tout l'opposé.

Il y a cepend nt des faits où des médecins instruits, portés à soupçonner une lésion tertiaire de l'utérus, ont pu voir leur diagnostic justifié par les bons effets d'un traitement spécifique.

Chez une malade qui avait eu trois enfants syphilitiques et scrofuleux, on découvrit un engorgement dur et mamelonné du col de l'utérus qui dilatait et amplifiait le fond du vagin ; sa superficie lisse présentait une dépression avec inégalité en dehors de la commissure gauche du museau de tanche, et là où le toucher devenait beaucoup plus douloureux, il sembla qu'il existait une ulcération. La malade ne voulut pas se soumettre à l'exploration par le spéculum. Il s'écoulait incessamment de la vulve une humeur jaunâtre et parfois sanguinolente, d'une odeur fade et nauséabonde. Outre les douleurs continuelles des reins et la sensation d'une brûlure dans le bas du bassin, des douleurs lancinantes revenaient à des intervalles assez rapprochés, et pendant la nuit réveillaient subitement la malade, quand, accablée par le mal et les fatigues, elle se livrait à quelques instants de repos. Sous l'influence de frictions faites à la partie interne des cuisses, avec le calomel incorporé dans de l'axonge, en moins de trois mois, le col de l'utérus reprit son volume ordinaire et les règles se rétablirent.

La maladie récidiva; on put croire à l'existence d'un squirrhe ulcéré du col de l'ultérus, tant était volumineux et dur l'engorgement, tant l'ulcération était large et profonde. Cependant, grâce à la connaissance des antécédents vénériens du mari, les mêmes moyens qui dès le principe du mal avaient produit d'heureux effets, ayant été mis en usage et renforcés par les boissons sudorifiques et des pilules de deutochlorure, la guérison se fit assez promptement et d'une manière si complète, que, depuis six ans, elle ne s'est pas démentie (1).

Madame E...., âgée de cinquante ans, d'une bonne santé habituelle, n'a pas eu d'enfants depuis une douzaine d'années qu'elle est mariée en se-

(1) Duparcque, *Maladies de la matrice*, p. 133. Paris.

condes noces, et cela bien que son second mari en ait eu d'un premier lit. Avec son premier mari, cette dame a eu trois enfants, qui tous trois sont morts, le premier au bout de trois ans, il présentait des boutons sur le corps; le deuxième, après 18 mois, est mort dans les convulsions; le troisième enfin n'a vécu que 15 jours. Elle ne se souvient pas d'avoir jamais eu le moindre accident vénérien, mais elle pense que son premier mari, qui est mort jeune et à la suite d'excès, a été atteint d'accidents de ce genre. Madame E.... fait remonter à 6 mois le début de ses souffrances; elle a commencé à ressentir des maux de reins et de la fatigue dans les jambes; puis peu à peu elle a éprouvé des douleurs de plus en plus vives dans les cuisses, il est survenu de la constipation, et l'expulsion des matières fécales est douloureuse; un écoulement assez abondant d'une matière jaunâtre verdâtre, tachant le linge, s'était montré quelques mois plus tard. Le teint est d'un jaune profondément cachectique; la face amaigrie exprime la souffrance, les yeux sont caves, plombés; l'appétit est presque nul, l'amaigrissement prononcé; les nuits sont mauvaises, le décubitus dorsal est fatigant, des rêves fréquents interrompent le sommeil. Au fond du vagin on trouve une masse de la grosseur environ d'une tête de fœtus de sept mois; cette masse, plutôt dure que molle, un peu bosselée, est sans aucun point mou ou fluctuant. Elle est libre dans le bassin, comprimant à la fois et le rectum et la vessie. Elle ne paraît ulcérée en aucun point. Elle constitue une tumeur sans forme déterminée, et c'est à peine si au milieu on sent un léger hiatus qui peut être le museau de tanche. La palpation par le ventre donne la sensation d'un corps dur, arrondi, remontant à trois travers de doigt au-dessus du pubis. L'examen au spéculum n'apprend rien, il n'existe aucune ulcération.

Le diagnostic reste indécis; le professeur Velpeau, consulté, ordonne l'iodure de potassium à l'intérieur et des frictions sur le ventre avec une pommade d'iodure de plomb. Vingt-cinq jours plus tard, la malade était mieux, et on constatait au devant du tibia gauche l'existence d'une périostose gommeuse. La tumeur utérine avait diminué de près de moitié; on pouvait aisément la contourner avec le doigt; le col de l'utérus était appréciable et le doigt donnait la sensation d'un corps à peu près sain, en place de cette sensation de dureté qui existait primitivement.

C'est dans ces conditions que M. Velpeau revoit la malade, et que supposant avoir affaire à une affection syphilitique, il conseille de prendre matin et soir une pilule avec 1 centigramme de sublimé, etc.

Six semaines plus tard, l'utérus présente au toucher son aspect normal, sa consistance ordinaire; on ne trouve plus aucune bosselure, il n'existe plus de douleurs aux reins, ni aux cuisses, ni au ventre. La tumeur de la jambe s'est fondue aussi, laissant à sa place un petit noyau oblong, induré et complétement indolore, même à la pression. Madame E.... a recouvré toutes ses forces; son teint est rosé, son appétit très-grand, et son embonpoint est parfaitement revenu (1).

(1) Montanier, *Gazette des hôpitaux*, 1862, p. 450.

Ces faits, bien que peu nombreux, conduisent à croire que l'utérus, comme la plupart des organes internes, est susceptible d'être affecté dans le cours de la syphilis tertiaire. L'altération dont cet organe peut être le siége n'a pas, il est vrai, été constatée *de visu;* mais il est probable, si l'on s'en rapporte aux sensations fournies par le toucher, qu'elle ne doit pas différer de celle que nous retrouvons partout ailleurs. Ce serait encore par conséquent l'inflammation interstitielle produisant une induration plus ou moins étendue, ou le produit spécifique auquel nous donnons le nom de gomme, qui constituerait ici la lésion utérine.

Ne serait-il pas possible d'expliquer la rareté de ces lésions par la facilité qu'il y a de les confondre avec les altérations les plus ordinaires de l'utérus et les tumeurs fibreuses en particulier? L'examen de toute malade et de toute la maladie doit être ici de la plus grande importance pour la détermination anatomique et clinique de l'affection en question. La marche, du reste assez différente, des lésions cancéreuses et des lésions syphilitiques finirait certainement par éclaircir le diagnostic, s'il restait douteux.

Déjà rarement affecté dans les périodes primitive et secondaire, le vagin est encore moins fréquemment lésé dans la période tertiaire de la syphilis. Jusqu'ici, du moins, on connaît peu d'altérations de ce conduit auxquelles il soit possible d'attribuer sûrement une origine syphilitique. Ce canal pourtant, on le conçoit, peut être le siége de tumeurs gommeuses, d'ulcérations plus ou moins profondes, lesquelles, en se cicatrisant, sont susceptibles d'amener un rétrécissement plus ou moins considérable. Si dans les travaux récents nous trouvons peu de faits à l'appui de cette manière de voir, disons au moins qu'il est possible d'en rencontrer quelques-uns chez les anciens auteurs. Le cas suivant ne manque pas d'intérêt, malgré son ancienneté. « Mulierem etiam vidimus (dit Ant. Benivenius), cui *morbus* quem vulgo *gallicum* appellant, *totam vulvam eroserat*, et incuria medici, *quicquid erosum fuerat*, *oris invicem junctis obcalluit. Indeque sola urina*, et *ea ex parvo quidem foramine reddebatur.* Huic nos (propterea quod callus ipse altior esset, quam ut citra mortis discrimen incidi posse æstimaremus), consuluimus, ut incurata potius vivere, quam tanto se periculo exponere vellet (1). » Cette dernière lésion, qui peut met-

(1) *De abditis morbor. causis*, obs. XXXI, p. 235, et *Aphrodis.*, p. 85 du supplément.

tre obstacle à l'accouchement, est encore, de même que celles qui portent sur l'utérus et les ovaires, susceptible de produire un symptôme déjà signalé par Astruc (1). Ce symptôme à causes multiples, qui est la stérilité, s'observe d'une façon du reste assez fréquente dans le cours de la syphilis; mais à côté de lui, il en est un autre qu'il n'est pas moins important de connaître, c'est l'avortement. Ce dernier effet de la syphilis, le plus souvent inhérent au fœtus, nous occupera plus loin. Disons qu'il n'est pas bien démontré qu'il puisse tenir parfois à une simple lésion du placenta ou de la matrice. A la vérité, on trouve dans le travail cité de Wilks (2) un petit nombre de faits tendant à faire croire que la syphilis n'est pas sans action sur le placenta, et bien qu'il soit fait mention dans ces cas de l'existence de fausses membranes produisant un épaississement du chorion, rien ne prouve que ce soit réellement cette lésion qui ait été la cause véritable de l'avortement, et il y a tout lieu de penser que, dans ces cas comme dans beaucoup d'autres, la mort du fœtus a été la conséquence de la syphilis héréditaire. C'est un point du reste sur lequel nous nous expliquerons ailleurs.

§ 3. — Organes urinaires dans les deux sexes.

A. AFFECTIONS SYPHILITIQUES DU CANAL DE L'URÈTRE, DE LA VESSIE ET DES URETÈRES.

Une certaine analogie de structure semble indiquer que le canal de l'urètre peut, par le fait de la syphilis, présenter des altérations analogues à celles que l'on observe dans le conduit trachéen ou dans le canal digestif. Or, sur ce point, l'observation est venue confirmer les prévisions de l'esprit, en montrant dans les canaux urinaires et dans les conduits aériens des désordres anatomiques très-analogues.

« Les ulcérations et les cicatrices du canal de l'urètre sont très-bien connues, dit Virchow, elles ont exactement le même caractère que celles du larynx; j'ai rencontré quelquefois ces lésions dans l'urètre de la femme, et j'ai décrit avec détail (3) le cas d'une personne chez laquelle l'ulcération s'était étendue jusqu'à la vessie et était cicatrisée. » Nos faits ne nous permettent malheureusement ni de confirmer, ni

(1) *Traité des maladies vénériennes*, t. IV, p. 15 et 104.
(2) *On the syphilitic affect. of internal organs*, p. 60.
(3) *Würzburger Verhandlungen*, vol. III, p. 366.

d'infirmer les assertions du professeur de Berlin. L'étude des lésions syphilitiques tertiaires de la membrane muqueuse ou du tissu sous-muqueux des organes en question demande en tout cas des recherches plus complètes. Relativement aux altérations des corps caverneux, nous possédons des données un peu plus étendues. « Quelquefois, dit Ricord, chez un malade à la troisième période de la vérole, il arrive qu'un petit point dur se manifeste dans les corps caverneux de la verge ou dans l'un d'eux. Un jour, sans avoir été averti par aucune douleur, par aucun phénomène appréciable, le malade sent, dans l'épaisseur de la verge, une petite dureté de la grosseur d'un grain de millet. Peu à peu cette dureté augmente de volume, va progressant, soit d'un seul, soit des deux côtés à la fois, sans occuper un point des corps caverneux de préférence à tout autre : ainsi, on la trouve aussi bien en dessous qu'en dessus ou latéralement. La maladie marche lentement sans douleur aucune ; mais à mesure que l'induration fait des progrès, la verge commence à dévier de la ligne droite, et voici ce qui arrive : si l'on a affaire, par exemple, à une induration latérale d'un seul corps caverneux, le tissu érectile perd sa perméabilité dans le point induré; que le malade ait une érection, le corps caverneux du côté sain se gonfle seul, le corps caverneux malade reste avec les dimensions qu'il présente à l'état de flaccidité, et la verge décrit une ligne courbe à concavité latérale; le malade présente une érection qu'on pourrait appeler inguino-crurale, l'extrémité de la verge regardant le pli de l'aine. L'induration a-t-elle pour siége le dos de la verge, celle-ci se redresse pendant l'érection, et forme un arc de cercle à concavité supérieure, le gland venant rejoindre la symphyse du pubis. Nous avons observé toutes les variétés de la maladie que nous décrivons, et nous avons vu certains malades chez lesquels la verge décrivait un anneau complet. »

Les altérations syphilitiques de la vessie, si elles existent, ce qu'il y a tout lieu de supposer, sont jusqu'ici fort peu connues. Follin (1) a présenté à la Société de biologie la vessie d'une femme sur la muqueuse de laquelle il y avait une douzaine de petites tumeurs larges comme une lentille, s'élevant d'un millimètre à la surface de la vessie et présentant une grande ressemblance avec les tubercules muqueux qui se manifestent sur les grandes lèvres de la vulve. La na-

(1) *Gaz. méd.*, p. 492, 1849.

ture syphilitique de ces productions parut d'autant plus probable que la femme sur laquelle elles furent observées avait le voile du palais et la voûte palatine détruits par une affection vénérienne. Mais, outre que la ressemblance dont il est ici question ne suffit pas évidemment pour faire admettre une origine syphilitique, les tubercules muqueux ne coexistent généralement pas avec les affections tertiaires, telles que la perforation de la voûte palatine. Nous ne croyons pas davantage qu'il faille voir une lésion syphilitique dans un certain épaississement de la paroi vésicale, noté dans l'observation VII du travail de Virchow, pas plus que dans ces autres cas où il existe tout à la fois une ulcération de l'urètre et une cicatrice de la vessie. L'hypertrophie des parois vésicales, l'atrophie de ces mêmes parois, sont des lésions encore notées dans un certain nombre d'observations; mais il n'est nullement prouvé qu'il faille les relier à la syphilis.

Les lésions syphilitiques des uretères et des bassinets sont encore à chercher, et bien qu'il y ait lieu de penser que certains cas d'hydronéphrose peuvent avoir une origine syphilitique, il faut bien avouer que, jusqu'à ce jour, les faits manquent pour établir sûrement cette vue de l'esprit.

B. AFFECTIONS SYPHILITIQUES DES REINS.

RAYER, Traité des maladies des reins. Paris, 1840. — THOUVENEL, *Gazette des hôpitaux*, n° 74, 1858. — JAKSCH et FINGER, Deutsche Klinik, 1850. — FRERICHS, Die Bright'sche Nierenkrankheiten und deren Behandlung, Braunschweig, 1851. — VIRCHOW, La syphilis constitutionnelle, trad. franç. Paris, 1859. — TÜNGEL, Mittheilungen, etc. Hamburg, 1861. — BAZIN, Leçons sur les syphilides, p. 23. — LANCEREAUX, Études sur les lésions viscérales susceptibles d'être rattachées à la syphilis constitutionnelle, *Gazette hebdomadaire*, 1864. — CORNIL, Mémoire sur les lésions anatomiques du rein dans l'albuminurie. Thèse de Paris, 1864.

Les auteurs du dernier siècle, et Astruc lui-même, si prodigue en fait de manifestations syphilitiques viscérales, passent sous silence les lésions rénales, vraisemblablement parce qu'ils méconnaissaient la valeur séméiotique de l'albuminurie. C'est à l'un de nos maîtres les plus éminents que revient l'honneur d'avoir, pour la première fois, signalé ces lésions. « Il n'est pas facile, dit Rayer (1), de bien apprécier l'influence que peut exercer la syphilis constitutionnelle sur le développement de la néphrite albumineuse; car il est bien rare de voir

(1) *Traité des maladies des reins*, t. II, p. 485, 1840.

cette dernière maladie chez des individus atteints de syphilis constitutionnelle qui n'aient pas été soumis à l'action d'autres causes dont l'influence sur le développement de la maladie des reins ne peut être contestée. Cependant, j'ai vu des cas où l'influence de l'affection vénérienne constitutionnelle m'a paru si frappante, que je n'ai pas hésité à attribuer, au moins en grande partie, le développement de la maladie des reins à la cachexie vénérienne. »

Déjà, antérieurement, les médecins anglais, Wells, Blackall, Grégory, avaient observé dans le cours de la maladie vénérienne des altérations de même ordre; mais, loin de rapporter l'affection rénale à la syphilis constitutionnelle, ils l'attribuaient à l'action du mercure mis en usage pour le traitement de cette maladie. Rayer opposa, avec raison, à cette manière de voir, qu'il est rare que l'urine devienne albumineuse par l'effet des préparations mercurielles, lorsqu'on les administre contre les symptômes primitifs de la maladie vénérienne; qu'il est plus rare encore d'observer des hydropisies avec urine coagulable, chez des doreurs atteints de tremblement mercuriel ou d'autres maladies dépendantes du mercure. Il se garde toutefois d'adopter une opinion par trop exclusive; il considère comme probable que dans un certain nombre de cas l'affection des reins et l'hydropisie sont le résultat simultané ou successif de plusieurs causes (1).

Thouvenel, Jaksch et Finger ont vu plusieurs cas d'albuminurie chez des syphilitiques. Engel compte que sur seize cas de maladie de Bright, il y en a six avec syphilis invétérée. Frerichs, qui donne ce renseignement, se demande si la syphilis constitutionnelle contribue au développement de la maladie de Bright comme cachexie à la manière des suppurations profuses, ou bien si comme dyscrasie elle occasionne des exsudats dans les reins, ainsi que dans les os et dans le foie. Cette dernière causalité ne paraît pas prouvéeà cet auteur; il reconnaît cependant que les individus atteints de syphilis sont fréquemment frappés d'albuminurie. Le problème qui s'agite en pareil cas est complexe et souvent embarrassant. Dans certains cas, il est vrai, on voit se déclarer tous les phénomènes de l'albuminurie chez des personnes qui sont ou qui ont été en puissance de syphilis, sans qu'il y ait de liaison directe ou du moins nettement établie entre la maladie générale et l'albuminurie, ainsi qu'il résulte d'un certain nombre de cas

(1) *Loc. cit.*, p. 486.

d'altération amyloïde des reins, publiés par Grainger Stewart (1). Dans d'autres cas au contraire, l'affection rénale revêt des caractères tels qu'il est difficile, sinon impossible, de ne pas les rattacher à la syphilis. Là, en effet, nous retrouvons les mêmes formes anatomiques que nous avons déjà rencontrées dans d'autres organes, à savoir : les formes inflammatoire interstitielle, gommeuses et les cicatrices qui leur succèdent (2).

ÉTUDE ANATOMIQUE. — *Forme diffuse, néphrite interstitielle.* — L'altération des reins dans cette forme est caractérisée par une formation nouvelle des éléments constitutifs du stroma. Dès le début, apparition de noyaux de tissu conjonctif, multiplication cellulaire ; dans quelques cas dégénération graisseuse des éléments nouveaux. Les reins, d'une consistance moyenne, présentent une surface lisse, décolorée, parsemée de stries fines et de points un peu jaunes. Plus tard, ces mêmes organes sont plus fermes et plus résistants au toucher ; leur capsule est épaissie et leur surface mamelonnée ; d'un volume d'abord normal ou exagéré, ils s'atrophient peu à peu en vertu des propriétés du tissu de nouvelle formation, et suivant la plus ou moins grande étendue de la néphrite, l'atrophie est générale ou partielle. Dans un cas que renferme l'important ouvrage de Rayer, il est dit que les reins sont tous deux sensiblement plus petits que de coutume ; ils semblent ratatinés et leur substance est beaucoup plus dure que dans l'état sain ; leur forme est assez bien conservée, leur couleur est jaunâtre, leur surface offre un grand nombre d'inégalités, de petites bosselures, de mamelons, de rugosités ; ils présentent enfin l'aspect de reins atteints de néphrite albumineuse chronique dans sa plus ancienne période, sans granulations de Bright apparentes.

Un cas rapporté par Meyer fait mention d'un volume moitié moindre. Dans l'une de nos observations, la couche corticale n'a plus que deux millimètres d'épaisseur, les colonnes de Bertin sont plus petites et atrophiées, la substance médullaire tout entière a une coloration jaunâtre avec aspect lardacé. Consécutivement aux altérations du stroma, survient l'altération des éléments actifs des reins.

(1) *Edinburgh, Med. Journ.*, p. 97, Aug. 1864.

(2) Sur 20 observations de syphilis viscérale qui nous sont personnelles, nous avons trouvé : Néphrite interstitielle, 4 fois (2 fois avec dégénérescence cirrheuse) ; petites tumeurs gommeuses, 1 fois ; cicatrices de la surface avec atrophie, plusieurs fois (*Bullet. de l'Académie de méd.* Janvier 1864).

Les eorpuscules dc Malpighi, tassés et eomprimés par les éléments du tissu conjonctif, ne tardent pas à s'atrophier, et plusieurs de nos observations font mention de cette atrophie en même temps que de l'adhérence de la capsule au parenchyme rénal. Quant aux épithéliums, ils subissent peu à peu la dégénérescenee graisseuse. A eôté de cette dégénérescenee, on a quelquefois lieu de eonstater dans les reins ainsi malades la dégénérseenee amyloïde lardacée ou cirrheuse, laquelle s'oppose en partie à la diminution de volume ; mais ce n'est jamais qu'une altération indireete à laquelle peuvent s'appliquer les considérations dans lesquelles nous entrerons à propos de l'état eirrheux du foie dans la syphilis. Un fait qui se rattache à eette altération a été récemment communiqué à la Société médieale des hôpitaux par le doeteur Lailler (1).

De ce qui précède il est facile de conelure que les reins affeetés de néphrite syphilitique présenteront des caractères suseeptibles de varier avec la marehe du proeessus pathologique, la période de son évolution, et qu'ils pourront être modifiés dans leur forme par l'existence d'une dégénérescence amyloïde eoncomitante.

La néphrite interstitielle syphilitique rentre ainsi dans ee groupe de lésions pathologiques auquel nous appliquons encore la dénomination de maladie de Bright ou de néphrite albumineuse chronique. Mais, en raison de sa cause, elle eonstitue évidemment, dans l'espèee anatomique, une variété qu'il importe de séparer et de savoir distinguer. Ce n'est pas qu'il soit sans difficulté de faire eette distinetion dans l'état actuel de la seienee ; mais comme e'est surtout avec les lésions déterminées par l'abus des boissons aleooliques qu'il arrivera de eonfondre les manifestations syphilitiques, nous dirons ici ee que nous répéterons lorsqu'il s'agira de séparer la cirrhose alcoolique de la cirrhose syphilitique : l'inflammation parenchymateuse interstitielle produite par l'usage immodéré des liqueurs spiritueuses est plus générale, elle amène une atrophie plus complète et ne détermine pas ordinairement à la surfaee de l'organe malade les dépressions profondes et cieatricielles de l'inflammation syphilitique. Il n'importe pas moins de savoir différeneier eette altération de la néphrite goutteuse et des infaretus des reins ; mais l'analogie est par trop éloignée pour que nous y insistions.

(1) Voir *Gaz. hebd. de méd. et de chirurg.* p. 521, 1865.

Forme circonscrite, tumeurs gommeuses. — Quoique peu fréquente, l'existence des lésions gommeuses des reins ne peut être mise en doute; les organes sécréteurs de l'urine ne sont pas plus que les autres viscères à l'abri de ce genre de manifestations. Examinons les faits : dans un cas où Féréol fut conduit à admettre une origine syphilitique (1), l'altération rénale semble se rapporter bien plus à une néphrite suppurée qu'à une lésion gommeuse syphilitique. Mais il n'en est pas de même dans un cas observé par Tungel, et dans un autre qui se trouve consigné dans la thèse de Cornil.

De même, nous pensons qu'il s'agit bien de tumeurs gommeuses dans l'une de nos observations, où se rencontrent à la surface et dans l'épaisseur même de la substance corticale des reins de petites tumeurs du volume d'un pois, d'une coloration d'un blanc jaunâtre, et offrant à l'examen microscopique les éléments cellulaires et nucléaires que nous avons eu l'occasion de signaler dans beaucoup d'autres circonstances où la présence d'une manifestation gommeuse ne pouvait être l'objet d'un doute. Dans ce cas, d'ailleurs, la surface des reins était altérée et cicatrisée sur quelques points. Les caractères des tumeurs gommeuses dans ces différents faits n'ont pas différé de ceux que nous connaissons. D'une consistance ferme, du volume d'un pois environ, elles étaient circonscrites par une zone grisâtre semi-transparente.

Les lésions avec lesquelles ces productions ont le plus de ressemblance, sont les tubercules et les infarctus hémorrhagiques. Les tubercules coexistent habituellement avec des granulations grises dont l'existence, dans le poumon du moins, est pour ainsi dire constante toutes les fois qu'il y a un produit tuberculeux dans un point quelconque du corps; ils envahissent les reins du sommet à la base des pyramides. Dans un cas qui s'est présenté à notre observation, un tubercule développé au sein de la substance corticale des reins aurait pu passer pour une gomme sans l'existence d'une phthisie granuleuse des poumons. Dans ce cas pourtant, la fusion assez complète du néoplasme tuberculeux avec le tissu rénal du voisinage, et le ramollissement diffluent des parties centrales de ce produit, pouvaient jusqu'à un certain point le différencier des gommes syphilitiques. La coloration brunâtre ou violacée des infarctus hémorrhagiques, et en

(1) *Bulletin de la Société anat.*, 1856, p. 412.

son absence la composition histologique de ces lésions constituées uniquement par les éléments propres du rein et des globules sanguins en voie de transformation régressive, sont des circonstances suffisantes pour qu'il n'y ait pas lieu de les confondre avec les dépôts syphilitiques.

Cicatrices. — Sous ce titre nous ne décrivons pas une lésion spéciale, ainsi que nous le savons déjà, mais seulement une phase avancée ou ultime des lésions qui constituent les formes précédentes. Il ne s'agit donc ici que d'un état consécutif, qui, venant à former parfois tout le désordre anatomique des reins, nous paraît pour cette raison mériter une description à part.

Les cicatrices syphilitiques des reins se rencontrent dans un certain nombre de faits; déjà elles sont notées par Rayer dans son excellent *Traité des maladies des reins* (*Obs.* 68e, t. II, p. 493). Il en est question dans plusieurs des cas de syphilis viscérale rapportés par Leudet; on lit dans l'observation XIII : « Les reins, un peu diminués de volume et d'une teinte jaunâtre cireuse uniforme, sans granulations de Bright, ont une surface interrompue par des cicatrices et des dépressions profondes, noirâtres, sans matière colorante contenue dans les cicatrices. » Plusieurs de nos observations font mention de sillons cicatriciels, ou même de dépressions à la surface des reins dont la substance est atrophiée ou saine. Dans tous les cas, ces cicatrices se présentent sous forme de sillons, en général peu profonds, d'une étendue variable, irrégulièrement disséminés, et dont le fond se trouve constitué par un tissu fibreux blanchâtre qui n'est souvent que la capsule épaissie, et au sein duquel ne se rencontre aucune trace de matière colorante ; ou bien ce sont des dépressions plus ou moins profondes d'où partent en rayonnant des sillons de peu d'étendue.

Ces altérations diverses ont une grande analogie avec les dépressions et les cicatrices qui succèdent aux infarctus hémorrhagiques, et qui, en définitive, ne sont que la conséquence de la résorption des éléments propres du rein nécrosés par le fait d'une oblitération artérielle. Mais ces infarctus se reconnaissent à l'intégrité habituelle de la capsule fibreuse, et à la présence assez ordinaire de la matière colorante du sang à leur niveau. Ils présentent de plus une disposition particulière qui n'est pas sans relation avec la distribution des vaisseaux sanguins, et ils coexistent habituellement avec une affection cardiaque.

Étude symptomatique. — Les signes physiques sont ici sans grande valeur, en raison de l'extrême difficulté que présente l'exploration des reins, organes profondément situés et appendus de chaque côté de la colonne lombaire. Quant aux troubles fonctionnels, ils n'existent que dans un certain nombre de cas, et c'est encore dans la forme inflammatoire ou néphrite interstitielle qu'on a le plus souvent l'occasion de les rencontrer. On conçoit leur peu d'importance dans les deux autres formes, où le rein n'est le plus souvent lésé que dans une portion de son étendue. Tout d'abord l'albumine filtre dans les urines, ordinairement en petite quantité, même dans les cas où il y a une dégénérescence amyloïde ou graisseuse concomitante ; les réactifs ordinaires précipitent le liquide urinaire dont les qualités physiques et les propriétés chimiques ne diffèrent pas de celles qui s'observent dans le cours de la plupart des maladies de Bright.

L'albuminurie syphilitique, de même que la plupart de celles qui reconnaissent pour cause une affection chronique des reins, est accompagnée d'œdème ou d'anasarque. En général peu marqués, ces symptômes, comme le pense Bazin, manquent fréquemment, plus souvent par exemple que dans les cas où la lésion rénale reconnaît une origine scrofuleuse. Lorsqu'elle persiste, cette albuminurie, indice d'une lésion grave des reins, peut entraîner à sa suite l'ensemble des phénomènes connus sous le nom d'urémie ; tantôt, en effet, apparaissent des vomissements et de la diarrhée, tantôt surviennent des désordres cérébraux, un coma souvent mortel. Dans le cas d'un malade, qui seulement deux ans plus tôt avait été traité à l'hôpital du Midi pour une éruption syphilitique, nous vîmes venir la mort après un coma de courte durée ; la seule lésion qu'il fût possible d'invoquer pour expliquer un pareil dénouement fut une néphrite avec dégénérescence amyloïde.

La marche des affections syphilitiques des reins est lente et continue, leur durée ordinairement longue, et leur terminaison le plus souvent fatale. Je ne sache pas qu'on ait observé un seul cas de guérison avérée et durable toutes les fois qu'on a eu affaire à une albuminurie syphilitique déjà ancienne ; cependant cette guérison semble possible, à la condition qu'un traitement approprié soit mis en usage assez tôt. L'amélioration rapide que nous avons constatée dans un cas (*Obs.* XXVI) où il s'agissait d'une lésion qui n'était pas récente, est tout au moins propre à donner quelque espoir en pareille occurrence.

Les antécédents du malade, les manifestations syphilitiques concomitantes, un état de cachexie spécial ; telles sont les circonstances qui mettront sur la voie du diagnostic. N'oublions pas que la présence d'une affection spécifique extérieure n'est pas toujours nécessaire pour arriver à reconnaître la néphrite syphilitique, et qu'il suffit souvent de la simple altération concomitante d'un viscère. En effet, les manifestations syphilitiques des reins et du foie sont fréquemment coexistantes, et la déformation de ce dernier organe quand elle coïncide avec la présence de l'albumine dans les urines, constitue une grande présomption, sinon une certitude, en faveur d'une syphilis viscérale. Cette coexistence se rencontre dans plusieurs de nos observations, et n'a pas fait défaut depuis que notre attention est fixée sur ce point. Elle est d'ailleurs notée dans l'excellent ouvrage de Rayer, et se retrouve dans les trois observations rapportées par ce savant maître. L'observation suivante en est un bel exemple.

Chancre. — Alopécie, syphilide tuberculeuse; ulcère de la jambe et légère exostose. — Augmentation du volume du lobe droit du foie et déformation de cet organe. — Albuminurie. — Grande amélioration.

Obs. XXVI. — La nommée P..., âgée de cinquante-deux ans, est une femme d'une bonne constitution, qui, en fait de maladies aiguës, accuse deux fluxions de poitrine. Sa mère est morte d'une hydropisie, à l'âge de soixante-quatre ans ; son père a vécu jusqu'à soixante-dix-huit ans ; ses frères et sœurs sont bien portants. Elle a un fils âgé aujourd'hui de vingt-quatre ans.

Il y a douze ans, son mari, homme débauché, était souffrant depuis plusieurs mois, lorsqu'elle s'aperçut de la présence, à l'aine gauche, d'un bouton qui suppura bientôt et dura quatre mois ; il existe aujourd'hui une cicatrice en ce point. A la même époque, chute de cheveux sans mal de gorge ni éruptions; courbature générale, fatigue excessive, teinte jaunâtre, terreuse, de la peau. Tous ces phénomènes disparurent au bout de trois semaines d'un traitement spécifique.

Environ six mois plus tard, apparut sur la partie antérieure et supérieure du tibia gauche une syphilide circonscrite, tuberculeuse, aujourd'hui reconnaissable aux cicatrices blanches et déprimées qui existent en cet endroit. Malgré un nouveau traitement, qui dura deux mois, la syphilide persista. Plus tard survint, au dire de la malade, un gonflement rougeâtre qui se termina par une large ulcération qu'on voit encore aujourd'hui à la face antérieure et inférieure de la jambe droite.

Dans cet état, cette femme, souvent maltraitée par son mari, travaillait

cependant de façon à subvenir à tous ses besoins, lorsqu'il y a environ trois mois elle sentit ses forces diminuer progressivement; elle s'amaigrit peu à peu, et remarqua que la teinte déjà un peu jaunâtre de sa peau prenait une coloration plus pâle et plus terreuse. En même temps elle éprouvait à la région épigastrique et à l'hypochondre droit une sensation de gêne et de malaise qui fut bientôt remplacée par une douleur sourde continue, avec élancements et picotements revenant par intervalles. Huit jours seulement avant de réclamer les soins de l'hôpital, s'ajoutèrent à ces symptômes des douleurs térébrantes de la tête, avec exacerbations nocturnes intenses; le sommeil devint impossible, et, ne pouvant plus travailler, la malade se décida à entrer à l'Hôtel-Dieu, le 29 mai 1863, salle Saint-Antoine, n° 31.

Voici ce que nous constatons le jour de l'entrée. — La physionomie exprime la souffrance; la malade se plaint d'une céphalée intense, qui l'empêche de marcher; depuis hier elle éprouve des étourdissements qui ne lui permettent plus de se tenir debout; elle délire par instants; absence de paralysie du mouvement ou du sentiment; vue intacte. Alopécie; hyperostose du tibia droit; ulcération de la jambe du même côté. Respiration normale. Pouls fréquent; battements du cœur précipités, bruits normaux. Anorexie depuis le début de la céphalée; pas de vomissements, mais sensation douloureuse vive et lancinante à l'épigastre et à l'hypochondre droit, accrue par les mouvements du tronc, la pression et même la simple palpation du foie. Cet organe est irrégulier dans sa forme; son lobe droit, inégal, bosselé et très-développé, descend au-dessous d'une ligne horizontale, passant par l'ombilic, tandis que le lobe gauche est à peu près inappréciable à la percussion et à la palpation; la matité disparaît en effet à partir du bord externe du muscle grand droit abdominal du côté droit. La rate ne paraît pas sensiblement augmentée de volume. Les urines, pâles, contiennent une notable quantité d'albumine. La peau est remarquable par sa teinte sale, jaune bronzé.

Le 3 juin, la malade est soumise à une médication spécifique. M. le docteur Potain administre 2 grammes d'iodure de potassium. Deux jours plus tard, disparition complète de la céphalée. Peu de temps après, cessation des douleurs de l'épigastre et de l'hypochondre droit, qui toutefois sont encore réveillées par la pression. A partir de ce moment, la physionomie devient plus naturelle, la teinte de la peau est meilleure, la malade ne se plaint plus; elle dort, reprend peu à peu ses forces et même son embonpoint. L'ulcère de la jambe se cicatrise en partie. Le foie paraît diminuer de volume, mais il reste toujours douloureux à la pression. Les urines, traitées par la chaleur et l'acide nitrique, continuent de donner un précipité albumineux abondant.

Le 18 juin, plus d'albumine dans l'urine. Les forces continuent à s'accroître, et, à part l'ulcère de la jambe et la douleur du foie à la pression, la malade se trouve très-bien. Même état les jours suivants.

Le 16 juillet, la malade est toujours mieux. Les urines sont rendues en

quantité normale ; elles sont un peu pâles. Traitées de nouveau par la chaleur et l'acide nitrique, elles précipitent très-légèrement. Leur densité est de 1,120. A l'examen microscopique, je constate l'existence de quelques cellules granuleuses, provenant, selon toute vraisemblance, des tubes urinifères, et, de plus, la présence de nombreux globules granuleux analogues aux leucocytes.

A partir de cette époque, la malade se porte bien, mais elle continue néanmoins son traitement jusqu'au moment de sa sortie, qui eut lieu le 4 juin. Elle conservait alors une légère augmentation du volume du lobe droit du foie, mais les urines précipitaient fort peu par la chaleur et l'acide nitrique. Elle avait d'ailleurs récupéré ses forces, et repris un certain embonpoint.

Si le pronostic des lésions syphilitiques des reins sans albuminurie est ordinairement peu grave, il n'en est pas de même lorsque la filtration albumineuse a lieu. A cet égard, nous ne croyons pouvoir mieux faire que de rapporter les propres paroles de Rayer : « Je connais peu de maladies, dit notre maître, qui offrent aussi peu de chances de guérison que ces cas complexes : ces complications de la syphilis invétérée avec des altérations du foie et des reins sont presque toujours incurables. Cependant j'ai été assez heureux, tout récemment, pour améliorer la constitution détériorée d'un malade de notre hôpital qui se trouvait dans une semblable condition, et chez lequel l'urine est devenue de moins en moins albumineuse, après deux mois d'un traitement qui a consisté dans l'usage de la tisane de Feltz, des pilules de Sédillot et de l'extrait gommeux d'opium.

ARTICLE IV. — APPAREIL DE LA DIGESTION.

§ 1. — Affections syphilitiques de la bouche et du pharynx.

Nicolas MASSA, in Aphrodis., p. 44, signale les gommes du pharynx et leur ulcération, l'asthme et la diarrhée qui souvent leur font suite. — GABRIEL FALLOPE, de morbo Gallico tractatus, cop. 97 et 98. — W.-H. BUCHOLTZ, De cicutæ efficacia in ulceribus faucium et veli palatini venereis. Nova acta Academ. nat. curios., t. IV, p. 261. — Van Swieten, commentaria in Hermann Boerhaave Alphorismos, t. V, p. 369, Paris, 1773. — E. HORN, Versuche über Wirksamkeit des Eisens in veralteten, vermischten und mit mercurial Cachexie verbundenen Geschwüren. *Archiv für med. Erfahrung*, 1 Bd., 1 Heft. — JOHN HUNTER, Œuvres complètes, p. 558. — MAISONNEUVE, Des tumeurs de la langue. Thèse de concours de 1848. — BOUISSON, *Gaz. méd. de Paris*, 1846. — FANO, Sur les tumeurs du voile du palais. Thèse

de concours, Paris, 1857. — SIGMUND, Das papulöse Syphilid amweichen Gaumen und an den Mandeln. Œsterr. Zeitschr. f. prakt. Heilk. n°35, 1858. — W.-J. COULSON, The Lancet, t. II, 20 novembre 1862. — LAGNEAU, Des tumeurs gommeuses de la langue, *Archiv. génér. de médec.*, t. I, p. 217, 1860. — C. ADLER, Die syphilitischen Geschwüre der Zunge, *Wien med. Halle* I, n°s 3 et 6, 1861.

De même que les lésions primitives ou secondaires de la bouche et du pharynx diffèrent à peine du chancre et des éruptions cutanées, de même les affections tertiaires de ces parties ont la plus grande analogie avec celles de la peau et du tissu cellulo-adipeux. Cette analogie, qui nous a frappé, n'avait pas du reste échappé aux observateurs qui avaient reconnu la fréquente coexistence des affections qui vont nous occuper avec les altérations profondes et tardives du tégument externe. En effet, pas de différence notable dans la nature ou dans la constitution de la lésion élémentaire suivant que l'un ou l'autre tégument se trouve affecté, mais variabilité dans la marche, tenant surtout à la non-identité de texture. Le voile du palais, la voûte palatine, la langue, le pharynx, les amygdales ; tel est le siége ordinaire de ces affections qui se présentent sous des aspects variés et qui apparaissent à des époques parfois un peu différentes. Plus précoces, les unes, sous forme d'ulcérations plus ou moins profondes, sont assimilables au rupia et au tubercule de la peau ; plus tardives, les autres se rapprochent plutôt des gommes du tissu cellulaire souscutané.

A. ULCÉRATIONS TARDIVES, ULCÈRES PROFONDS.

Les amygdales, le voile du palais et ses piliers, la partie supérieure et postérieure du pharynx sont le siége de prédilection de ces accidents. Suivant Babington, l'un des auteurs qui les aient le mieux décrites, ces affections, lorsqu'elles coïncident avec le rupia, débutent d'ordinaire à la surface de la membrane muqueuse par une petite ulcération putride qui se transforme de bonne heure en une gangrène rapide et étendue. Elles sont quelquefois précédées et toujours accompagnées de beaucoup de douleur et d'inflammation. Le voile du palais se tuméfie et s'abaisse; les tentatives pour l'élever dans l'acte de la déglutition provoquent une douleur atroce ; dans l'acte de la prononciation, il paraît rester entièrement immobile. L'irritation de ce voile par la

présence de l'eschare détermine une abondante sécrétion de salive, et souvent beaucoup de toux. L'angoisse qui en résulte quelquefois, se peint d'une manière remarquable sur le visage. Ce phénomène morbide, joint à un amaigrissement rapide, à l'accélération du pouls et à l'expectoration de crachats puriformes, donne à penser que le malade court un grand danger, et fait naître souvent l'idée qu'il est atteint de phthisie.

Lorsqu'ils coïncident avec les éruptions tuberculeuses du tégument commun, ces ulcères paraissent débuter, dans leur forme la plus franche, par le centre de l'amygdale. Dans la première période, il y a très-peu de douleur et de gonflement. L'on fait rarement attention à la maladie avant qu'elle ait produit un ulcère distinct. Mais si, par une cause quelconque, l'attention est dirigée vers la gorge, on peut quelquefois saisir l'état morbide qui précède la période d'ulcération. L'amygdale est légèrement gonflée ; on aperçoit quelque chose de jaune qui a son siége dans la substance de cet organe et brille à travers la membrane qui en recouvre la surface encore intacte. Au bout d'un ou deux jours, l'ulcération s'établit et laisse apparaître une eschare jaune ou bleuâtre qui pénètre profondément dans le centre de l'amygdale. Il y a peu de tuméfaction, et les parties environnantes ne sont pas violemment enflammées. La marche de cette affection est lente et le trouble qui l'accompagne est peu considérable. De même que l'altération précédente, elle s'étend en profondeur ou en superficie ; de là des ulcères serpigineux et des ulcères perforants présentant dans quelques cas une apparence phagédénique.

Les ulcères *serpigineux* occupent de préférence le voile du palais ; aussi succèdent-ils le plus souvent à la première variété. Leur extension progressive est telle que le tissu de l'organe semble fondre sous l'ulcération, et que souvent la plus grande partie ou la totalité du voile du palais est détruite avant qu'on ait pu l'arrêter, bien qu'il ne soit pas possible de voir une eschare distincte se séparer dans tout le cours de la maladie. Le fond de l'ulcère est blafard, lisse, ou bien il s'en élève des fongosités dans l'intervalle desquelles stagne un pus ichoreux ; ses bords sont irréguliers, déchiquetés, décollés parfois dans une étendue considérable, bordés par une zone inflammatoire étroite (Martellière). La muqueuse est en général la seule membrane affectée, les parties plus profondes participent rarement à la formation de l'ulcération.

Les ulcères *perforants* gagnent en profondeur ce qu'ils perdent en étendue. Le voile du palais, la voûte palatine, les amygdales et le pharynx sont les régions où ils exercent leurs ravages. Les parties molles sont détruites avec une rapidité quelquefois très-grande. Tous les tissus sont réduits en une bouillie ou matière putrilagineuse adhérente au fond de l'ulcère dont les bords œdémateux, de forme circulaire ou ovale, sont taillés à pic. La lésion commence par une rougeur inflammatoire modérée, accompagnée d'un peu d'endolorissement des parties mobiles de l'isthme du gosier, tandis que le palais lui-même reste indolent. Au bout de quelques jours une tache d'un blanc sale apparaît au centre de la zone enflammée, elle se creuse et devient le point de départ de l'ulcération perforante.

Au voile du palais, l'ulcération, au dire de Babington, commence d'ordinaire par sa face postérieure, et le ronge d'arrière en avant jusqu'à ce qu'elle l'ait détruit et ait amené la chute de la luette. Dans un cas observé par Herbert Mayo (1), après avoir débuté sur l'un des côtés de la gorge, elle avait pénétré jusqu'à l'artère linguale qu'elle allait sans doute atteindre, si ce chirurgien n'eût pratiqué une ligature préventive et fructueuse de la carotide interne. Rufz (2) a rapporté un fait dans lequel l'arrière-bouche ne présentait plus qu'une vaste caverne dont toutes les parties étaient recouvertes d'une couche verte grisâtre assez semblable à la mousse d'un vieux mur. Quelquefois le périoste finit par être compris dans cette destruction, et les os mis à nu se nécrosent. Cet accident, fréquent surtout à la voûte palatine, s'observe encore au larynx et au pharynx. J. Frank (3) a rapporté le fait d'une paralysie du bras due à l'inflammation de la moelle épinière par suite du progrès d'une carie vertébrale consécutive à un ulcère syphilitique de la gorge. Lagneau et Gibert (4) ont vu chacun un cas d'ulcère syphilitique pharyngien avec carie de la colonne vertébrale. Il ne serait pas exact cependant de croire que toutes les ulcérations syphilitiques de la gorge produisent de pareils désordres, quisqu'on les voit en général se limiter à l'épaisseur de la membrane muqueuse. Il importe de savoir que l'iodure de potassium est l'agent qu'il convient d'employer dans ces cas où le mercure reste souvent sans succès.

(1) *Treatise on syphilis*. London, 1840.
(2) *Journ. hebd.*, t. VIII, 1832.
(3) *Traité de patholog. interne*, trad. fr., t. V, 1857.
(4) *Traité des maladies de la peau et de la syphilis*, p. 359, t. II.

B. TUMEURS GOMMEUSES.

Ces manifestations ne surviennent qu'à une période avancée de la syphilis constitutionnelle. La langue, le pharynx et le voile du palais en sont le siége ordinaire, beaucoup plus rarement les lèvres ou les joues.

Langue. — Ricord (1), Bouisson (2) et Lagneau (3) sont les auteurs qui ont le mieux étudié les gommes de la langue. Ces tumeurs, dont Lagneau a pu réunir 10 observations, se développent dans les points les plus variés de l'organe. On les rencontre, soit dans la couche sous-muqueuse superficielle ou profonde, soit dans la trame de substance conjonctive intermusculaire; mais leur siége de prédilection est la base même de la langue. Rarement uniques, le plus souvent multiples, arrondies ou irrégulières, elles varient pour le volume entre les dimensions d'un pois et celles d'une noix ; elles s'accroissent peu à peu ; d'abord fermes, grisâtres ou blanchâtres, elles se ramollissent plus tard à leur centre et deviennent pâteuses ou jaunâtres, tandis que les parties qui les recouvrent et auxquelles elles adhèrent à peine tout d'abord se trouvent soulevées, distendues, prennent une teinte violacée, s'altèrent insensiblement et finissent enfin par se mortifier. Ainsi mises à nu, si la régression est assez avancée et le ramollissement suffisamment prononcé, elles se vident à la manière d'un abcès; sinon, on aperçoit sous les lambeaux de la muqueuse ulcérée et décollée la coloration jaunâtre du produit pathologique en voie de dégénération et sous forme de bourbillons qui sont peu à peu éliminés, et laissent à leur suite des ulcérations plus ou moins profondes, de forme oblongue, à bords irréguliers et taillés à pic. Entourées de parties tuméfiées, rougeâtres, violacées, œdémateuses, ces ulcérations présentent un fond grisâtre, induré, comme tapissé par une fausse membrane; quelquefois parsemées de points gangréneux, elles saignent facilement au contact des dents, et quand elles viennent à se réunir, s'ensuit la destruction d'une portion quelquefois considérable de la

(1) *Traité pratique des malad. vénér.* Paris, 1838, et *Clinique iconographique*, 1860.

(2) *Gaz. médic. de Paris*, 1846.

(3) *Des tumeurs syphilitiques de la langue* (*Gaz. hebd.*, 1859, n°s 32, 33, 35; et *Arch. de méd.*, t. I, 1860, p. 217. — Comparez Maisonneuve, *Sur les tumeurs de la langue.* Thèse de concours. Paris, 1848.

langue, de telle façon qu'il peut en résulter plus tard une grave déformation de cet organe. Après un temps plus ou moins long, le gonflement des bords ulcérés diminue, des bourgeons charnus se développent à la surface de l'ulcère et la cicatrisation commence. Telle est l'évolution naturelle de ces lésions. Les choses se passent un peu différemment quand intervient un traitement approprié. Ces tumeurs ont-elles la forme de nodosités fermes, on les voit perdre de leur consistance, les tissus dans lesquels elles avaient pris naissance s'assouplissent, et bientôt rien ne subsiste pour attester leur existence passée. Sont-elles situées superficiellement, on voit en outre leur teinte blanche jaunâtre être progressivement remplacée par la couleur rouge normale de la muqueuse. Cependant il est quelquefois possible de distinguer la place occupée par ces tumeurs, parce qu'il manque à ce niveau l'enduit saburral qui recouvre les autres points de la langue.

Les symptômes organiques ou fonctionnels liés à ces manifestations sont les suivants : début insidieux, latent; tout d'abord elles échappent au malade et au médecin, et pour peu qu'elles soient profondément situées, on ne parvient à les reconnaître qu'en passant entre les doigts la langue qui semble comme rembourrée de noisettes (Ricord). L'organe est augmenté de volume, soit dans toute son étendue, soit par places. Petites, fermes au début, ces tumeurs deviennent saillantes, et perdent peu de leur consistance; la muqueuse qui les recouvre s'amincit; la langue vient souvent se placer sous les arcades dentaires et faire procidence au dehors, de là un écoulement salivaire continuel et abondant. En même temps la mastication s'accomplit plus difficilement, la déglutition est douloureuse et gênée, la respiration est embarrassée, et dans quelques cas on a pu noter l'existence d'une surdité résultant d'un obstacle apporté par les parties tuméfiées à la circulation de l'air dans la trompe d'Eustache. Ces tumeurs enfin peuvent s'ouvrir et donner issue à une matière puriforme, semi-liquide, sorte de sérosité granuleuse, d'où la formation des ulcérations ci-dessus décrites, et, dans certains cas, une fièvre de résorption.

Une évolution éminemment chronique et l'absence pour ainsi dire constante de tuméfaction ganglionnaire sont des caractères importants au point de vue du diagnostic différentiel de ces tumeurs d'avec les ulcérations chancreuses et les affections cancéreuses. Nous avons du reste déjà insisté plus haut sur ces différents points.

Voile du palais et voûte palatine. — Les gommes de ces régions

n'ont pas encore été l'objet d'une description spéciale. Ricord et Vidal (de Cassis) se contentent de les mentionner. Bouisson (1) en parle peu, il dit avoir observé chez plusieurs malades atteints de syphilis invétérée des indurations, tantôt circonscrites, tantôt diffuses, du voile du palais sans ulcération de sa membrane de revêtement. Chez un malade qui vint le consulter pour une exostose et une carie des os du nez, il trouva le voile du palais affecté d'une tumeur dure de la grosseur d'une amande, sans ulcération de la muqueuse.

Dans un mémoire sur les tumeurs de la région palatine, Parmentier (2) donne sur les gommes du voile du palais des détails que nous croyons devoir reproduire : « Petites et à peine sensibles au début, ces tumeurs gommeuses sont dures, adhérentes à la muqueuse par une sorte de pédicule, et mobiles sous les parties sous-jacentes et voisines ; leur accroissement se fait lentement et sans douleur, elles arrivent au volume d'une noisette, et la muqueuse, qui jusque-là était restée sans altération de texture et de couleur, devient d'un rouge brun violacé, la région sous-maxillaire se tuméfie, le malade accuse des sifflements d'oreilles, parfois même une surdité presque complète, la déglutition est pénible et douloureuse, la voix est nasonnée, on aperçoit, à travers une sorte de coque qui sert d'enveloppe à la tumeur, de la fluctuation ; la muqueuse se perfore dans un ou plusieurs points, et il s'échappe un pus ichoreux, mal lié et entraînant avec lui des débris organiques. A ces ouvertures succède bientôt une ulcération à bords saillants, taillés à pic, à fond grisâtre ; elle fait des progrès rapides, perfore le voile du palais, et il s'établit une communication entre la cavité buccale et la partie postérieure des fosses nasales. »

Les symptômes d'angine qui précèdent l'ouverture de la tumeur étant ceux qui fixent l'attention du malade et le déterminent à réclamer les secours de l'art, on conçoit la possibilité de croire à un simple abcès du voile du palais si on ne questionnait le malade sur ses antécédents. Au début, lorsqu'il n'existe encore aucune trace de fluctuation, l'idée peut venir d'une hypertrophie glandulaire ou de quelque tumeur cancéreuse. Mais l'hypertrophie glandulaire constitue une tumeur toujours ferme et qui ne manifeste aucune tendance à l'ulcération. Pour cette lésion, du reste, comme pour la tumeur can-

(1) *Gaz. méd.*, 1846, p. 595.

(2) *Essai sur les tumeurs de la région palatine.* (*Gaz. méd. de Paris*, 1856.)

céreuse, les commémoratifs serviront grandement à établir le diagnostic. Le pronostic est sérieux à cause de la perforation du voile du palais, résultat fréquent de cette manifestation.

Les parois des joues (1) et la voûte palatine peuvent devenir aussi le siége de tumeurs syphilitiques très-analogues à celles qui viennent d'être décrites. A la voûte palatine ces tumeurs déterminent quelquefois une altération du périoste et de l'os qui finit par amener une nécrose et une perforation.

Pharynx. — Les gommes du pharynx se montrent avec des caractères trop peu différents de ceux des gommes de la langue et du voile du palais pour qu'il soit besoin d'y insister. Ce sont encore de petites tumeurs arrondies, généralement développées dans le tissu cellulaire sous-muqueux. Fermes et mobiles à leur naissance, ces productions, à mesure qu'elles vieillissent, deviennent moins consistantes, plus molles, altèrent la muqueuse qui les recouvre, se font jour à l'extérieur et disparaissent, non pas comme le ferait une collection purulente, mais plutôt à la façon d'une eschare; l'ouverture s'agrandit, le produit morbide ramolli est peu à peu éliminé, il reste un ulcère qui se couvre de bourgeons charnus de mauvais aspect, la cicatrisation se fait enfin, mais d'une façon toujours très-lente.

La paroi postérieure du pharynx est le siége le plus ordinaire de ces lésions. Le périoste peut en être le point de départ; Ph. Boyer a vu une tumeur gommeuse, développée au devant de la colonne vertébrale, perforer la paroi du pharynx. L'ulcération n'est pas cependant la terminaison obligée de ces productions; sous l'influence d'un traitement approprié, elles peuvent se résorber sans laisser la moindre trace de leur existence, si ce n'est une légère dépression. En dehors de cette circonstance, elles ont en général une durée très-longue, et on les a vues, dans certains cas, conduire à des erreurs graves les hommes les plus autorisés dans la matière. « Je me souviens, dit Maisonneuve (2), d'un malade que Blandin avait soumis à une opération des plus graves pour une tumeur du pharynx qu'il croyait être un cancer encéphaloïde, et qu'il avait crue telle, même après l'examen anatomique de la tumeur. Après une guérison qui dura six mois, le mal récidiva et fit bientôt des progrès si rapides, que Blandin le considéra comme absolument incurable. Cet homme fut

(1) Voir *Bulletin de l'Académie de médec.*, 11 octobre 1853.
(2) *Leçons cliniques sur les maladies cancéreuses*. Paris, 1854.

envoyé à Bicêtre, dont j'étais alors le chirurgien en chef. Une énorme tumeur occupait la région latérale gauche du cou et toute la région parotidienne; elle pénétrait dans le pharynx, déprimait le voile du palais, et menaçait le malade de mort par asphyxie. L'iodure de potassium fut administré à la dose de un gramme par jour, et en moins de six semaines la tumeur disparut sans laisser de traces. »

Cette méprise ne doit pas étonner, le cancer est l'une des affections avec lesquelles on confond le plus facilement les productions gommeuses. Dans l'espèce, les caractères différentiels ont déjà été indiqués plus haut, je n'y reviendrai pas; j'ajouterai cependant que la tumeur cancéreuse n'est pas aussi bien circonscrite que la gomme, qu'elle est moins libre, moins mobile au milieu des tissus ambiants et contrairement à cette dernière, le plus souvent accompagnée d'une modification des ganglions correspondants. Les abcès rétropharyngiens se distinguent de leur côté, ceux qui sont aigus par des phénomènes inflammatoires à leur début, les autres, c'est-à-dire les abcès froids, par une mollesse et une véritable fluctuation dès le premier moment de leur apparition.

Le pronostic de ces affections peut avoir une certaine gravité, si elles viennent à gêner une grande fonction ou si le produit gommeux, ramolli et résorbé sur place, arrive à produire des phénomènes d'infection secondaire.

A ces altérations succèdent en général des cicatrices profondes, blanchâtres, plus ou moins irrégulières, et dans quelques cas des adhérences des parties voisines. C'est ainsi que nous avons vu chez un malade qui succombait, à l'âge de 59 ans, à une syphilis viscérale, le voile du palais en partie détruit et adhérent à la paroi postérieure du pharynx. Coulson, Sigmund (1) ont rapporté des faits du même genre. Dans ces conditions surviennent quelquefois le tiraillement des parties voisines et l'atrésie des cavités au point de gêner considérablement les fonctions de la phonation et de l'audition. La présence de ces reliquats est d'une grande importance diagnostique relativement aux manifestations syphilitiques des viscères, qui, sans elle, pourraient plus souvent encore passer inaperçues. Les lésions profondes de la gorge et du voile du palais sont, en effet, relativement fréquentes dans les affections cérébrales syphilitiques, puisqu'elles

(1) *Wiener med. Wochenschrift*, 1854, n° 48, et *Œsterr. Zeitsch. für pr. Heilkunde*, 1857, n° 29. Comparez : H. J. Paul, *Archiv. f. klinische Chirurgie*, t. I, p. 448.

sont notées par Virchow trois fois sur onze cas, et quatre fois dans le nombre des faits qui nous sont personnels.

§ 2. — Affections syphilitiques de l'œsophage.

De même que les lésions engendrées par la variole ou la scarlatine, les manifestations éruptives de la syphilis, ainsi que nous le savons, bornent leur action sur le tube digestif, à la bouche et au pharynx. L'œsophage, l'estomac et l'intestin grêle en sont en général exempts, puisque l'on ne trouve dans ces organes que les lésions profondes et tardives dont la qualité spéciale est de rétrécir le calibre du canal. Toutefois un nombre insuffisant de faits, la rareté même de ces manifestations rend difficile leur étude que vient encore gêner l'impossibilité de les voir dans leur première période et de pouvoir les suivre dans leur évolution.

Il n'est pas prouvé que les médecins des premiers siècles de la syphilis aient eu connaissance de ces altérations. Severinus, l'un des premiers, fait mention des ulcérations syphilitiques de l'œsophage et de la trachée : « Cultro anatomico tradita cadavera variorum syphilide extinctorum exhibebant exulcerationes, tum in œsophago, tum in trachea (1). » Rhodius (2) a rapporté un fait de lésion œsophagienne auquel, à la rigueur, il serait peut-être possible d'attribuer une origine syphilitique. Follin (3) a exhumé deux cas, l'un de Ruysch (4) et l'autre de Haller (5), qui semblent se rapporter à ce sujet. Paletta (6) a observé un fait qui se rapproche des précédents ; il s'agit d'une dysphagie qui survint après la suppression d'une leucorrhée et la disparition d'une éruption papuleuse. Une observation de Daniel Turner (7), cité par West de Birmingham, et deux autres de Carmichaël (8), ne sont pas plus concluantes que les précédentes et laissent comme elles le doute dans l'esprit. Un fait observé par Parker n'est pas davantage démonstratif. Wilks (9) admet les rétrécissements

(1) In Lieutaud, *Hist. an. med.*, t. II, liv. IV, obs. 105.
(2) *Ibid.*, t. II, liv. IV, obs. 102.
(3) *Des rétrécissements de l'œsophage.* Paris, 1853.
(4) *Nov. anatom. med. chirurg.*, decad. 1, art. 10, 24.
(5) *Opusc. patholog.*, obs. LXXII.
(6) *Exercit. patholog.*, 1820.
(7) *A practical dissertation on the venereal disease*, 1732, 1re part., p. 6.
(8) *An essay on the venereal disease*, 1814.
(9) *Pathological anatomy*, p. 258; et *On the syphilitic affections of the internal organs*, p. 41, 1863.

syphilitiques de l'œsophage. Une pièce anatomique conservée au musée de Guy's Hospital (n° 1784^{95}) montre au point d'union de l'œsophage et du pharynx un rétrécissement qui, pour cet auteur, aurait succédé à une ulcération syphilitique. Virchow (1) signale un rétrécissement du même genre. Follin (2) dit avoir observé deux cas de dysphagie œsophagienne qu'on pouvait rattacher à la syphilis. Dans l'un de ces cas il existait un psoriasis de la paume des mains, et le malade a guéri sans l'emploi de la sonde; dans l'autre, les lésions étaient plus profondes et la guérison n'a pas été complète; il s'agissait sans doute, ajoute cet auteur, de lésions cicatricielles qu'on améliore mais qu'on ne guérit pas.

Un travail spécial sur la matière, que l'on doit à West (3), contient deux observations personnelles dont l'une avec autopsie paraît suffisamment convaincante pour qu'il ne soit plus possible de mettre en doute le rétrécissement syphilitique de l'œsophage.

J. M...., âgée de 21 ans, fut reçue au Queen's Hospital, à Birmingham, le 18 mai 1858, après s'être présentée à plusieurs reprises aux consultations de cet hôpital pour différents accidents syphilitiques secondaires (*éruption squameuse, angines*). Au moment de son admission, elle se plaignait d'une impossibilité absolue d'avaler, la déglutition était douloureuse et suivie immédiatement du rejet des aliments; cependant il arrivait deux fois par jour que les aliments passaient sans difficulté. L'arrière-gorge était le siége d'ulcérations étendues, occupant à la fois les amygdales, le voile du palais et ses piliers, à surface gris cendré, semée de taches rouges çà et là. Maigreur très-prononcée, anémie, pouls faible, urine peu abondante. Iodure de potassium, 5 grains dans une once de décoction de quinquina, trois fois par jour, gargarisme avec l'acide chlorhydrique, etc.

On continua ce traitement jusqu'au 28 mai, puis on essaya de passer une sonde œsophagienne, mais on n'y put réussir; on prescrivit la quinine à la dose de 15 centigrammes. D'abord application de nitrate d'argent sur les ulcérations de la gorge; plus tard, application de sulfate de cuivre; la déglutition des liquides s'opère un peu plus facilement, la malade va néanmoins en s'affaiblissant. Le sulfate de quinine est remplacé par le citrate de fer et de quinine. Les tentatives d'introduction de la sonde sont continuées; gargarisme sublimé. Le tout sans amélioration bien notable. C'est alors que malgré l'affaiblissement progressif de la malade, et quoiqu'elle

(1) Obs. IV de son ouvrage.
(2) *Traité élém. de pathol. externe*, t. I, p. 696. Paris, 1861.
(3) *Dublin Quarterly Journal*, febr. 1860, et *Arch. de méd.*, 1860.

eût déjà fait plusieurs traitements mercuriels, on se décida à prescrire dix gouttes de solution sublimée dans de la décoction de quinquina, trois fois par jour, et des frictions d'onguent mercuriel sous les aisselles.

Le 25 juillet, les gencives commencèrent à s'affecter, et il fallut supprimer le traitement spécifique; pendant quelques jours la malade éprouva une légère amélioration, elle avalait un peu plus facilement.

Le 6 août, il ne restait rien de cette amélioration passagère. Le cathétérisme, tenté avec tous les instruments imaginables, échouait toujours; la malade finit par ne plus pouvoir avaler, et elle mourut épuisée le 2 septembre.

Autopsie. — Cadavre très-amaigri, les poumons présentaient des tubercules à divers degrés de ramollissement et plusieurs cavernes dans les deux sommets; l'une des excavations, située dans le sommet gauche, avait les dimensions d'un œuf de pigeon. La partie supérieure de l'œsophage, dans l'étendue de 4 pouces, était très-dilatée; la membrane muqueuse, fortement épaissie, présentait çà et là des taches qui paraissaient être dues à des cicatrices récentes.

Au-dessous de cette partie dilatée, l'œsophage se rétrécissait subitement, et formait un canal étroit qui admettait à peine une sonde n° 4. Le rétrécissement, qui avait une longueur de 2 pouces 1/2 environ, était produit par un épaississement de la muqueuse et par des dépôts fibreux, sous forme de bandes et de brides, qui ressemblaient beaucoup à ceux que l'on voit dans les rétrécissements anciens de l'urètre. Au-dessous du point rétréci et jusqu'à l'estomac, l'œsophage était parfaitement sain.

Le foie, pesant 2 livres et 4 onces, était mou et apparemment graisseux; sa surface était sillonnée par des tractus fibreux, et son enveloppe présentait çà et là de légers épaississements. L'enveloppe de la rate, qui était plus molle qu'à l'état normal, présentait les mêmes altérations que celles du foie. Cicatrice probable à l'entrée du vagin; les autres organes n'étaient que peu ou pas altérés.

Non-seulement les symptômes observés pendant la vie, mais les lésions constatées après la mort, tant dans l'œsophage que dans les autres viscères, et surtout dans le foie, plaident ici en faveur de l'origine syphilitique du rétrécissement. Les dépôts fibreux sous forme de bandes et de tractus sont peu en rapport avec l'hypothèse d'un rétrécissement consécutif à une lésion tuberculeuse. L'altération hépatique, du reste, met en évidence l'existence d'une syphilis viscérale. Le second fait rapporté par le chirurgien de Birmingham est loin d'avoir la même importance; mais néanmoins l'action de la syphilis sur l'œsophage ne peut être contestée, et il y a lieu de croire que les lésions cicatricielles signalées dans le fait qui précède sont la conséquence de modifications morbides analogues à celles que l'on observe dans le pharynx à la suite des dépôts gommeux ulcérés.

C'est du moins ce que tendrait à faire supposer la présence des brides fibreuses sus-mentionnées.

Avec un aussi petit nombre de faits, il n'est guère possible de chercher à établir des signes propres au diagnostic des affections syphilitiques de l'œsophage ; on peut dire cependant que ces affections présentent d'ordinaire les caractères des rétrécissements fibreux, dont elles ne diffèrent que par leur marche et par les manifestations syphilitiques qui peuvent les accompagner ; ces deux circonstances distinguent encore ces rétrécissements de tous ceux qui reconnaissent une autre cause.

Le pronostic, relativement moins grave que s'il s'agissait d'une affection cancéreuse, est néanmoins sérieux si on ne fait pas intervenir un traitement spécifique dès les premiers temps de l'affection ; plus tard en effet, lorsque les cicatrices existent, ce traitement devient inutile.

§ 3. — Affections syphilitiques de l'estomac et des intestins. Gastro-entéropathies syphilitiques.

Bulletin de la Société anatomique, t. IX et XXI. — Cullerier, De l'entérite syphilitique, *Union médicale*, 1854. — Ernst Müller, Ueber das Auftreten der constitutionnellen Syphilis in Darmkanale (Des manifestations de la syphilis constitutionnelle dans le canal intestinal). Inaugural Abhandlung. Erlangen, 1858. — E. Huet, Ueber syphilitische Affectionen des Mastdarms, mit Abbildungen (Des affections syphilitiques du gros intestin, avec figures). In Behrend's Syphilidologie, neue Reihe, II Bd., 1 Heft, 1858. — Venot, Diagnostic différentiel de l'anite ulcéreuse. *Journal de méd. de Bordeaux*, nov. 1858. — Bovero, Sur les rétrécissements organiques du gros intestin par suite de la syphilis. *Gaz. Sard.*, n°s 46 et 47, 1858, et Schmidt's Jahrb., Bd. 104, p. 69. — Gosselin, *Archives générales de médecine*, t. II, 1854, et *Nouveau Dictionn. de médecine et de chirurgie pratiques*, t. II, art. Anus, 1864. — Bumstead, Maladies syphilitiques du gros intestin. *Americ. med. Times*, N. Ser. VIII, 21 may, 247.

Les auteurs qui ont écrit sur la syphilis des viscères gardent généralement le silence au sujet des affections syphilitiques de l'estomac. Cependant, quand on consulte les faits déjà nombreux de syphilis viscérale, on y trouve la mention de lésions diverses telles que l'hypertrophie partielle ou l'ulcération des parois de cet organe.

Plusieurs observations consignées dans les travaux de Virchow (obs. VII et VIII) et de Leudet (obs. VIII), un certain nombre des cas qui nous sont personnels, signalent l'existence d'un épaississement d'une partie plus ou moins étendue de la muqueuse gastrique, épais-

sissement ou hypertrophie dont les caractères anatomiques paraissent indiquer une liaison plutôt qu'une simple coïncidence par rapport à l'infection syphilitique.

D'un autre côté, Brinton (1) rapporte que sur 100 ulcères de l'estomac, Engel en a trouvé 10 qui procédaient manifestement de la syphilis. Mais pour entraîner la conviction, en pareil cas, il faut des faits. En voici deux qui nous sont connus. On lit dans le *Bulletin de la Société anatomique* pour l'année 1858 (p. 224) : « M. Fauvel présente un estomac dont les parois sont hypertrophiées surtout au voisinage du pylore et dont la muqueuse est ulcérée en divers points. Comme la femme à laquelle appartenait cet estomac accusait des antécédents syphilitiques et que sur un des tibias il existait une exostose, on a pu croire que cet épaississement des parois était dû à l'hypertrophie de la tunique fibreuse développée d'une façon morbide et sous la dépendance de la cachexie syphilitique. » Le seul fait d'antécédents syphilitiques ne suffit évidemment pas pour croire, ici, à la nature syphilitique de l'altération de l'estomac. Cependant il ne sera pas sans intérêt de rapprocher de ce fait celui que voici : Un homme de 66 ans vint mourir à l'Hôtel-Dieu, dans le mois de septembre de l'année 1863. A l'autopsie je constatai un ensemble de lésions viscérales manifestement syphilitiques et en même temps une altération de l'estomac qui me parut aussi pouvoir être mise sur le compte de l'infection vérolique.

Rien de notable au cerveau ou au cœur, mais hypostase pulmonaire; foie bosselé, déprimé, labouré de brides et de cicatrices; reins cireux; périorchite droite. Tuméfaction, engorgement et induration des ganglions iliaques et de la plupart des ganglions prévertébraux. L'estomac a ses dimensions à peu près normales; à $0^m,02$ du pylore, sur la petite courbure et dans une étendue de $0^m,03$, il existe une ulcération qui a presque entièrement détruit la paroi stomacale; des pelotons graisseux légèrement adhérents et accolés derrière cette ulcération empêchent en partie la perforation. Les bords de l'ulcération sont fibreux, indurés, taillés en biseau aux dépens de la muqueuse; ils sont colorés en gris clair dans certains points, ailleurs ils ont une apparence cicatricielle. Absence de ganglions indurés au voisinage.

Telles sont les données fort incomplètes que nous possédons sur la

(1) *On diseases of the stomach.* London, 1859.

syphilis de l'estomac; les faits qui ont trait aux affections véroliques de l'intestin ne sont pas beaucoup plus concluants. A peine, en effet, est-il parlé de ces affections dans les écrits des syphilographes des derniers siècles; et si quelquefois il y est fait mention de la diarrhée ou de la dyssenterie syphilitique (1), on n'y trouve aucun passage relatif à une lésion intestinale bien déterminée.

Cependant Antoine Chalmet (2) indique la façon de traiter les érosions intestinales dans la syphilis, ce qui semble dire que, dans certains cas, il accepte l'origine spécifique de ces lésions. Le remarquable ouvrage de J. Frank (3) contient le fait suivant : « Une jeune fille de 19 ans avait eu des ulcères syphilitiques primitifs, puis au cou des ulcères consécutifs et une éruption syphilitique; ces affections guéries, elle fut prise de douleurs, de coliques augmentant le jour, de vomiturilions, de vomissements, d'une diarrhée colliquative et de fièvre hectique. L'autopsie montra un ulcère unique à la fin de l'intestin iléon, un autre dans le cæcum et trois dans le côlon ascendant. Ces ulcères furent déclarés syphilitiques par Harlt. »

Ce fait est évidemment trop incomplet pour qu'il soit rigoureusement possible d'attribuer à la lésion intestinale une origine syphilitique, et d'ailleurs quels sont les caractères qui servent à faire prévaloir ici la spécificité des ulcérations intestinales? C'est ce que ne dit point l'observation.

Nous pensons de même qu'on ne peut en toute assurance voir une liaison causale entre la syphilis et les ulcérations de l'intestin signalées dans deux communications faites il y a déjà plusieurs années à la Société anatomique par Choisy et Courtin (4). Mais est-ce à dire que l'intestin soit à l'abri de toute manifestation syphilitique? Je ne le pense pas. Dans un travail intéressant, Cullerier a mis hors de doute l'existence des lésions tertiaires du tube intestinal. Le fait suivant, qui est complété par l'examen anatomique, paraît suffisamment démonstratif.

Une femme grosse de 9 mois avait eu antérieurement des ulcérations du voile du palais et des périostoses, affections pour lesquelles elle avait subi un traitement par l'iodure de potassium. Ce traitement avait été cessé à plusieurs reprises à cause d'une diarrhée abondante. Rentrée à l'hôpital

(1) Voir *Aphrodisiacus;* et de plus, Boile, *De medica simpl. dysenteria syphilitica;* et Sauvages, *Médec. méthod.*, t. VIII, p. 180.
(2) Antonii Chalmetii *De morbo gallico*, *Aphrodisiacus*, p. 857.
(3) J. Frank, *Traité de pathologie interne,* trad. franç., t. VI, p. 81.
(4) Voy. Choisy, *Bull. Soc. anat.*, t. IX, p. 217; et Courtin, *ibid.*, t. XXI, p. 351.

le 16 février, elle accoucha, le lendemain, d'un garçon chétif qui mourut au bout de quelques jours. La diarrhée, qui avait persisté depuis la sortie, continua, et la mort ne tarda pas d'arriver, dans le dernier degré de la faiblesse.

Autopsie. — Épanchements de sérosité dans toutes les cavités séreuses, décoloration du cœur, du foie et des poumons, sans autre altération appréciable.

L'estomac, dit Cullerier, paraissait sain, ainsi que l'intestin grêle ; mais dans toute l'étendue du gros intestin, on voyait un grand nombre d'ulcérations arrondies et à divers états, les unes récentes, siégeant sur une base dure et large, les autres, en plus grande quantité, à fond déprimé, gris jaunâtre et livide ; quelques-unes ne comprenaient que la muqueuse et laissaient parfaitement voir la couche musculeuse ; d'autres, plus profondes, intéressaient les fibres mêmes de cette couche. Dans plusieurs de ces dernières, les fibres musculaires étaient comme dilacérées et flottaient au milieu de l'ulcération. Toutes offraient un décollement de la muqueuse dans le pourtour de l'ulcération, où il y avait un épaississement du tissu cellulaire, qui formait comme un bourrelet arrondi avec une ouverture centrale ; il n'y avait aucun engorgement dans le mésentère.

La forme des ulcérations, le bourrelet fibreux qui les circonscrit constituent autant de caractères que nous avons déjà notés à propos des ulcères syphilitiques du pharynx, et qui plaident par conséquent en faveur d'une origine spécifique.

Huet d'Amsterdam rapporte les observations de deux individus qui, après avoir présenté diverses manifestations syphilitiques, succombèrent à une diarrhée rebelle et chez lesquels il constata, en même temps qu'une dégénérescence lardacée du foie et de la rate, des ulcérations arrondies multiples du gros intestin, des cicatrices et des excroissances comme verruqueuses. Développées dans le tissu sous-muqueux, ces excroissances avaient une grande analogie avec les néoplasies gommeuses.

Un élève de Dittrich, Ern. Müller, a publié le cas d'une femme à l'autopsie de laquelle on trouva dans le larynx, la plèvre, le foie, l'intestin grêle et le vagin, des formations de tissu conjonctif qui parurent devoir être regardées comme des produits syphilitiques. Mais ce fait, assez peu précis eu égard aux commémoratifs et à la marche de la maladie, laisse quelque doute dans l'esprit. Dans un cas de syphilis viscérale rapporté par Leudet, il existait des ulcérations nombreuses du gros intestin et surtout du côlon transverse et du rectum. L'une de ces ulcérations, en voie de cicatrisation, avait fini par amener un rétrécissement qui

permettait à peine l'introduction du doigt indicateur. J'ai vu moi-même, dans un cas où l'altération syphilitique des viscères n'était pas douteuse, un amincissement de la paroi intestinale de l'étendue d'une pièce de un franc, et tel qu'il n'y avait plus que la membrane séreuse et une partie de la membrane muqueuse. Il semblait qu'entre ces membranes colorées en violet avait existé un dépôt gommeux, lequel avait fini par être résorbé.

Ces faits, ainsi rapprochés, montrent, ce nous semble, que l'intestin n'est pas toujours à l'abri des atteintes de la syphilis, car si les cas dans lesquels cet organe se trouve affecté sont rares, il n'en est pas moins vrai que les ulcérations multiples, arrondies, circonscrites par un tissu fibreux et plus ou moins profondes dont il est parfois le siége, ne sont vraisemblablement que la suite de dépôts gommeux, c'est-à-dire que des effets de la métamorphose subie par ces productions. Le simple épaississement du tissu sous-muqueux rencontré dans quelques cas, l'observation faite par Wagner (1) de quelques dépôts non encore ulcérés, sont autant de circonstances favorables à cette manière de voir.

Les troubles fonctionnels qui correspondent aux désordres anatomiques dont il s'agit ne présentent ordinairement aucun caractère bien particulier. Aussi leur origine est-elle difficile à reconnaître en l'absence de toute manifestation syphilitique concomitante. Avec l'altération de l'estomac, les symptômes en général ont été peu ou mal observés. Cependant, dans un cas où il y avait tout lieu de croire à une affection syphilitique de cet organe, Andral (2) a noté un amaigrissement progressif avec teinte plombée de la peau, la perte de l'appétit, une sensation douloureuse située au-dessous de l'appendice xiphoïde, des éructations fréquentes et le rejet des aliments peu d'heures après leur ingestion. Une ulcération qui fut aperçue sur la paroi postérieure du pharynx éveilla l'idée d'une syphilis, et le malade guérit sous l'influence des mercuriaux. Dans aucun cas, la palpation de l'abdomen n'a révélé la présence d'une tumeur sur le trajet du canal digestif.

Des alternatives de diarrhée et de constipation, sinon une diarrhée jaunâtre, quelquefois sanguinolente ou dyssentériforme, des coliques vives ; tels sont, avec un dépérissement graduel et une cachexie de plus en plus profonde, les principaux symptômes qui accusent la

(1) *Archiv der Heilkunde*, 1863, obs. XXIX, p. 369.
(2) *Clinique médicale*, t. IV, p. 122.

souffrance de l'intestin. Plus loin, je rapporterai des cas où la diarrhée dans le cours d'une syphilis viscérale n'était plus sous la dépendance d'une lésion intestinale, mais bien d'une modification de quelque autre viscère et du foie en particulier. Les évacuations sanguinolentes, déjà signalées par les auteurs des derniers siècles (1), ne sont pas extrêmement rares dans ces circonstances. Un cas de ce genre est rapporté dans le mémoire de Leudet, et notre distingué collègue E. Vidal nous a dit avoir observé un fait semblable qui guérit par l'iodure de potassium. Gendrin nous a appris qu'il avait obtenu un succès rapide de l'emploi d'un traitement mercuriel contre une diarrhée de longue date accompagnée de cachexie et qui jusque-là s'était montrée rebelle à toute espèce de médication entre les mains des meilleurs praticiens.

La marche des lésions syphilitiques intestinales est ordinairement lente, aussi leur durée est-elle longue. Lorsque la mort en est la terminaison, elle survient ou bien par l'effet du marasme qui résulte des désordres intestinaux (diarrhée abondante, rétrécissement), ou bien le plus souvent par suite d'affections concomitantes ou de complications. Je ne sache pas qu'en pareil cas on ait observé de péritonite ou de perforation intestinale.

Les affections syphilitiques de l'intestin et de l'estomac n'ayant aucun caractère spécial, c'est principalement sur les manifestations antécédentes ou concomitantes que doit reposer le diagnostic. Il ne faudrait pas croire cependant à l'existence d'une lésion matérielle toutes les fois que l'on verra apparaître, dans le cours d'une syphilis, des désordres digestifs ou de la diarrhée. Nous savons, en effet, que ces désordres n'ont parfois d'autre cause qu'une lésion des organes de l'hémopoièse.

Il nous reste, en terminant l'étude des altérations syphilitiques de l'intestin, à mentionner une affection assez spéciale mais improprement connue sous le nom de *rétrécissement syphilitique du rectum*. En effet, pour nous comme pour les auteurs qui l'ont le mieux étudiée, cette affection n'est nullement une manifestation diathésique, une expression de la syphilis constitutionnelle, mais tout simplement un accident purement local, une lésion de voisinage souvent produite par la sécrétion purulente des chancres de l'anus ; c'est, en un mot, une

(1) *Aphrodisiacus.*

complication des maladies vénériennes plutôt encore que de la syphilis. Pour tous ces motifs, nous nous dispenserons, à cet égard, d'une description complète, il nous suffira de quelques mots.

Signalé par plusieurs auteurs, Morgagni, Desault, Rayer, Laugier, Lagneau, Vidal de Cassis, Tanchou, Costallat, Borero, ce rétrécissement a été très-bien étudié par Gosselin (1), dont les opinions sur cette question ont été confirmées par les observations de Bærensprung (2), de Leudet (3) et de l'auteur de ce livre (4).

Située à $0^{m},04$ ou $0^{m},05$ au-dessus de l'anus, cette lésion consiste dans la présence d'un anneau dur, épais, qui permet à peine l'introduction du doigt indicateur et qui se trouve constitué par la muqueuse et le tissu conjonctif sous-jacent ayant subi l'un et l'autre une transformation fibroïde. La couche musculeuse correspondante est hypertrophiée ; au-dessous du rétrécissement la membrane muqueuse est boursouflée, mamelonnée, cicatrisée ou même perforée; au-dessus, elle est simplement érodée; partout elle est baignée par un liquide blanchâtre puriforme.

Les femmes, beaucoup plus que les hommes, sont sujettes à cette affection qui, symptomatiquement, se traduit par une diarrhée rebelle, plus rarement par de la constipation. Les malades éprouvent de faux besoins, du ténesme, ils rendent du pus pendant les efforts de la défécation ; ils maigrissent et tombent dans la cachexie. Le toucher permet de reconnaître sûrement ce rétrécissement pour lequel les femmes n'accusent parfois que des troubles utérins. Un siége peu élevé, des dimensions peu étendues, l'absence d'hémorrhagies, les antécédents du malade, la présence de condylômes et de fissures à l'anus, sont autant de circonstances qui peuvent servir à différencier cette lésion.

Notons que le traitement antisyphilitique n'est ici d'aucune utilité ; les toniques et les moyens locaux dilatatoires constituent toute la thérapeutique. Il ne faudrait pas cependant nous adresser le reproche d'être par trop exclusif touchant l'origine des rétrécissements du rectum; évidemment nous reconnaissons qu'il n'est pas impossible que cet intestin soit parfois le siége d'un dépôt gommeux, puisque ces dépôts sont susceptibles de se rencontrer sur un autre point du tube digestif.

(1) *Arch. génér. de médecine*, déc. 1854, p. 666.
(2) *Annalen der Charité Krankenhauses*, 1855, VI, 1.
(3) *Moniteur des sciences médicales*, 1860, p. 1132.
(4) *Bull. Soc. anatomique*, 1859.

§ 4. — Affections syphilitiques des glandes annexes du canal alimentaire. — Follicules clos. — Amygdales. — Glandes salivaires. — Pancréas.

Il n'est pas rare de rencontrer l'altération des glandes annexes de l'appareil digestif chez les malades qui succombent emportés par des affections syphilitiques internes; mais cette altération n'est pas toujours identique, elle présente des variétés qui paraissent tenir, du moins en partie, à la différence de structure de ces organes. Si, en effet, dans les follicules clos, organes dont la conformation histologique est très-analogue à celle des glandes vasculaires sanguines, l'élément sécréteur est de préférence atteint, dans les autres glandes, c'est plutôt le tissu connectif qui devient malade.

A. FOLLICULES CLOS DE LA BASE DE LA LANGUE, DES INTESTINS ET DES AMYGDALES.

L'hypertrophie des follicules clos des voies digestives est notée dans d'assez nombreux cas de syphilis pour qu'il soit permis d'y voir autre chose qu'une simple coïncidence, et ce fait conduit à penser que certaines ulcérations intestinales pourraient bien n'être que la conséquence d'une altération de ces follicules. L'hypertrophie n'est pas toutefois la seule lésion des glandes intestinales dans la syphilis. Dans quelques cas, ces mêmes glandes subissent une dégénération fibroïde, comme l'a vu Förster (1) chez un nouveau-né qui présentait des signes non équivoques de syphilis congéniale. Les amygdales, n'étant qu'une agglomération de follicules clos, présentent les mêmes altérations, qui viennent s'ajouter aux lésions diverses dont nous avons déjà parlé ailleurs.

Cependant, il y a à se demander si ce n'est pas à une inflammation de la membrane muqueuse autant qu'à l'injection syphilitique elle-même qu'il convient de rapporter la cause de ces modifications anatomiques. Il est difficile, en effet, d'établir un rapport rigoureux entre la syphilis constitutionnelle et les lésions glandulaires dont il s'agit; car ces lésions manquant de caractères spécifiques, la fréquence de leur coïncidence avec les manifestations syphilitiques des viscères est le seul motif qui conduise à admettre un rapprochement.

(1) *Wurzburg med. Zeitschrift*, IV, p. 1, 1863.

B. GLANDES SALIVAIRES ET PANCRÉAS.

Les faits relatifs aux lésions syphilitiques des glandes salivaires et du pancréas sont peu communs; mais il ne faut pas moins reconnaître leur existence. Voici un fait dans lequel il existe, en même temps que toute une série de manifestations viscérales, une lésion des glandes sous-maxillaires dont la nature syphilitique ne paraît pas contestable, et si on veut consulter les cas déjà nombreux de syphilis viscérale, on trouve que la glande pancréatique est loin d'être toujours intacte. Ainsi on pourra se convaincre que le pancréas et les glandes salivaires ne sont pas plus que les autres organes à l'abri des atteintes de la syphilis constitutionnelle.

Antécédents syphilitiques. — Cicatrice au voisinage de l'anus. — Exostose du tibia gauche. — Ulcérations et cicatrices du pharynx. — Altération de la glande sous-maxillaire. — Gommes des poumons et du péricarde. — Dilatation et rétrécissement de plusieurs ramifications bronchiques. — Cicatrices hépatiques. — Lésions ganglionnaires. — Mort à la suite d'un érysipèle développé au pourtour de l'ulcération du pharynx.

Obs. XXVII. — La nommée R..., âgée de 45 ans, entre à l'hôpital de la Pitié, le 17 décembre 1860, salle du Rosaire, n° 22.

D'une taille élevée, d'une force moyenne, cette malade a le teint pâle, un peu jaunâtre; elle vient réclamer les soins pour une affection du pharynx, affection caractérisée par la présence de petites saillies noueuses, arrondies, déjà en voie de ramollissement et d'aspect violacé.

La nature spécifique de ces lésions bien constatée, un traitement approprié est institué (pil. de Sédillot). Au mois de janvier 1861, les ulcérations commencent à se cicatriser.

Le 6, survient un frisson violent, non suivi de sueur, bientôt la diarrhée se montre et persiste quelques jours.

Le 7, sécheresse et douleur de la gorge, déglutition difficile. Rougeur uniforme de la paroi postérieure du pharynx, quelques-uns des ganglions sous-maxillaires sont tuméfiés et douloureux.

Le 8, ces phénomènes s'accusent davantage. Vers midi se montre à l'aile gauche du nez une plaque d'un rouge intense, arrondie, grande de $0^m,02$ à $0^m,03$. — Expectation.

Le 9, la plaque de l'aile du nez s'est étendue, on voit déjà quelques phlyctènes; gonflement sous-maxillaire plus marqué, rougeur persistante du pharynx.

Le 10, l'érysipèle a envahi la joue droite et gagne les conduits auditifs

et les pavillons des oreilles. La fièvre s'accroît. Vers le soir, le front et le cou sont atteints. Du côté du larynx mêmes progrès, la malade ne peut que très-difficilement avaler, même les boissons; à la suite d'une toux sèche et fréquente, la voix se perd, il y a par instants des phénomènes de suffocation. Le pouls est petit, irrégulier, fréquent (104).

Le 11 au matin, les symptômes paraissent s'être amoindris; mais le soir le pouls offre plus d'intermittence et de précipitation.

Le 12, l'érysipèle suit toujours sa marche envahissante, il a gagné le cuir chevelu; sécheresse de la langue.

Mort le 13 janvier, à 4 heures du matin.

Autopsie. — *Tête.* — Les glandules de la base de la langue sont très-volumineuses. Œdème du sommet de la luette. Deux ulcérations en voie de cicatrisation sur la paroi postérieure du pharynx.

La glande sous-maxillaire du côté gauche présente de nombreux sillons qui rendent ses lobules encore plus apparents; elle est plus ferme au toucher et comme flétrie, mais non diminuée de volume; elle offre une coloration jaune qui tient à la présence de granulations graisseuses; les cloisons fibreuses inter-acineuses sont épaissies; les ganglions du voisinage sont volumineux, mous, d'un aspect médullaire.

Le crâne se fait remarquer par une épaisseur considérable et une fragilité plus grande. Le cerveau semble intact.

Le *corps thyroïde* est hypertrophié, jaunâtre à la coupe à cause d'abondantes granulations graisseuses.

Cavité thoracique.— Des adhérences nombreuses unissent les poumons aux parois thoraciques. Sur le poumon gauche on voit de petites tumeurs légèrement saillantes, les unes arrondies, les autres en croissant. Elles sont constituées par une matière amorphe granuleuse, des noyaux de tissu conjonctif (cytoblastions), quelques cellules fusiformes, des granulations graisseuses et des restes du parenchyme pulmonaire. En ce point, les ramifications bronchiques sont dilatées, leur surface interne est rouge et injectée, leur paroi épaissie.

Le *péricarde* est le siége d'une tumeur gommeuse du volume d'un noyau de cerise, un peu molle, jaunâtre, formée de cellules plasmatiques granuleuses. Plaques laiteuses à la surface du cœur.

Cavité abdominale. — Le foie déborde les fausses côtes d'environ trois travers de doigt. Quelques taches d'exsudat à la surface. De nombreux sillons cicatriciels labourent les deux surfaces antérieure et postérieure, les uns longitudinaux, les autres rayonnés. Des tractus de tissu connectif unissent leurs bords. Ils sont plus rares sur la face postérieure. A la coupe, l'organe crie légèrement sous le scalpel, il a une coloration brunâtre, tachetée de jaune.

On constate facilement la dilatation de quelques-uns des conduits biliaires au voisinage des cicatrices dont le tissu fibreux se prolonge à l'intérieur du parenchyme.

La rate, un peu molle, mesure $0^{m},18$ dans son plus grand diamètre. Les

ganglions prévertébraux ont le volume d'une noisette ou d'une noix, ils sont mous et fortement injectés. Les intestins sont normaux.

Les reins sont petits et les capsules surrénales volumineuses.

Les ovaires sont manifestement atrophiés et fibreux.

Déjà remarquable par la multiplicité des lésions constatées après la mort, ce fait ne l'est pas moins par l'absence presque complète des désordres fonctionnels correspondants, puisqu'il n'y avait, chez cette malade, de troubles appréciables que du côté du pharynx. Un symptôme d'une grande valeur et qui aurait pu mettre sur la voie des lésions syphilitiques des viscères, c'était la cachexie.

Malgré l'affection du pharynx, qui est un bel exemple des lésions déjà décrites de cet organe, et malgré le nombre des désordres anatomiques, c'est néanmoins à l'érysipèle qu'il faut attribuer la mort, car si cette affection a trouvé dans l'ulcère pharyngé la cause de sa localisation et peut-être même de son développement, elle n'avait pas, à part ce point de contact, le moindre rapport avec les lésions viscérales, qui offraient toutes les caractères d'une spécificité incontestable.

Les faits qui à notre connaissance témoignent de l'altération syphilitique du pancréas sont extrêmement rares. Chez un malade (1) qui succomba dans le service du professeur Rostan quatorze ans après avoir contracté un chancre, il existait, avec des gommes multiples des muscles, une tumeur gommeuse de la région mammaire et deux autres dans le pancréas. Ces tumeurs, soumises à l'examen microscopique par Verneuil et Robin, ont paru composées d'éléments semblables. L'un des faits que nous rapportons plus loin indique l'existence d'une tumeur analogue ayant son siége dans la même glande. Nous avons, de plus, trouvé dans plusieurs cas de syphilis viscérale cet organe ferme, induré, sclérosé, en sorte qu'on ne peut nier qu'il ne soit, comme la plupart des viscères, sujet aux lésions diffuses et circonscrites de la syphilis.

Là se borne ce que nous avons à dire des affections syphilitiques des glandes salivaires et du pancréas. Si les faits sont peu nombreux, n'est-ce pas parce que ces organes ne sont pas d'ordinaire examinés après la mort, et que les troubles fonctionnels qui résultent de leur

(1) *Bulletin de la Société anatomique*, 1855, p. 26. — Voyez, de plus dans Virchow, une observation où existe un *rétrécissement du conduit de Wirsung*.

altération peuvent facilement passer inaperçus? On peut donc croire jusqu'à un certain point que la syphilis les atteint peut-être plus souvent qu'on ne le suppose.

§ 5. — Lésions syphilitiques du péritoine.

La syphilis tertiaire peut-elle affecter le péritoine? Tel est le point à éclaircir.

L'un des premiers, Portal (1) attire l'attention sur ce sujet : « J'ai trouvé, dit-il, sur un homme qui avait été tourmenté d'un vice vénérien après divers traitements mal dirigés, et qui avait surtout éprouvé des douleurs dans la région des lombes, dont il se plaignait principalement la nuit, le péritoine épaissi de près d'un demi-pouce dans la partie où il recouvre les vertèbres lombaires et se prolonge au-devant des reins; on y voyait diverses fossettes d'où découlait du pus; les autres parties du bas-ventre paraissaient en bon état. » Cette courte observation est loin d'indiquer l'action certaine de la syphilis sur le péritoine; il est probable qu'il s'agit plutôt là d'une affection osseuse avec foyer purulent (2).

Un fait assez remarquable, observé par Albert Puech (3), mérite d'être rapporté ici, bien que l'origine de l'affection péritonéale nous paraisse devoir rester douteuse. Un homme, qui avait eu autrefois un chancre, était atteint d'une exostose du tibia et présentait les caractères de la maladie bronzée, en même temps que différents symptômes indicateurs d'une dysenterie chronique; il succombe et à l'autopsie on constate des ulcérations nombreuses très-petites dans l'estomac, beaucoup plus développées dans le gros intestin, des collections dans le foie, les unes purulentes, les autres seulement ramollies, une intégrité parfaite des capsules surrénales. En dehors des points envahis par l'inflammation, la séreuse intestinale et mésentérique est parcourue, d'espace en espace, par des productions pathologiques particulières. Ces productions, au nombre de trente ou quarante, sont constituées par de petites plaques arrondies, discoïdes ou quadrilatères, blanchâtres et légèrement saillantes, les unes de l'étendue d'une len-

(1) *Anat. médicale. Ulcér. du péritoine*, t. V, p. 126, 1803.

(2) Nous avons dans quelques cas rencontré en avant des vertèbres lombaires une ou plusieurs masses saillantes non suppurées, constituées par du tissu conjonctif et de la graisse, sans altération notable de la membrane péritonéale.

(3) *Moniteur des hôpitaux*, p. 1045, 1857.

tille, les autres de la largeur d'une pièce de 20 ou de 50 centimes.

Ce fait, s'il n'était isolé, tendrait à prouver que la séreuse péritonéale peut devenir le point de départ de dépôts gommeux, car on doit supposer que la collection hépatique dont il fait mention est bien plutôt une gomme ramollie qu'un foyer purulent. Mais, quoi qu'il en soit, si la péritonite gommeuse ne peut encore être nettement établie, il n'en est pas de même de la péritonite membraneuse adhésive. Signalée par Simpson d'Édimbourg chez les nouveau-nés atteints de syphilis héréditaire, cette affection n'est pas absolument rare chez l'adulte. Elle présente cette particularité qu'elle siége toujours au niveau des viscères et principalement à la surface du foie. On trouvera dans les observations ultérieures un certain nombre de ces péritonites partielles (périhépatite, périsplénite). Plus rarement cette altération se généralise tout en conservant les mêmes caractères, et c'est ce que semble démontrer le fait (1) suivant observé dans le service du docteur Hérard.

Exostoses des clavicules et de l'os malaire gauche. — Hypertrophie et friabilité des os du crâne. — Tumeur gommeuse près de la scissure de Sylvius. — Foie adhérent, petit, déformé avec dépressions cicatricielles. — Phlébite adhésive de la veine-porte. — Péritonite membraneuse sans ascite. — Hypertrophie de la rate. — Reins plus volumineux et altérés. — Hypertrophie des ganglions lymphatiques et du corps thyroïde.

Obs. XXVIII. — Il s'agit ici d'un homme d'apparence robuste que M. le docteur Hérard eut l'obligeance de nous faire voir dans son service, et sur le compte duquel il voulut bien nous remettre la note suivante :

« Ce malade, couché en dernier lieu au n° 32 de la salle Saint-Landry, hôpital de Lariboisière, fut atteint, il y a plusieurs années, d'une syphilis parfaitement caractérisée. Il était entré en 1861 à l'Hôtel-Dieu (salle Sainte-Jeanne), avec de nombreuses exostoses. Pendant son séjour, il fut pris de convulsions épileptiformes, et depuis lors sa parole resta embarrassée comme dans la paralysie générale.

Reçu plus tard à Lariboisière, il présenta une parole lente et difficile, pas de paralysie notable; une ascite intermittente, amaigrissement, cachexie, intelligence lente, plusieurs érysipèles à la suite desquels il succomba. »

Sur l'obligeante invitation de M. Hérard et de M. Ranvier, son interne, l'autopsie fut faite par nous 36 heures après la mort.

(1) Comparez : Murchison, *Affection syphilitique du foie, du péritoine et de la dure-mère. The Lancet*, 30 nov. 1861. — E. Wagner, *Archiv der Heilkunde*, 1863.

Autopsie. — Nombreuses sugillations à la surface de la peau envahie par l'érysipèle.

Cavité abdominale.— La paroi abdominale antérieure adhère dans toute son étendue aux anses intestinales, qui sont d'ailleurs toutes accolées entre elles, de façon à ne former qu'un seul paquet. De fausses membranes peu lisses, résistantes, blanchâtres et en apparence anciennes, unissent ces différentes parties.

Le foie est comme perdu au milieu des produits pseudo-membraneux; il n'a plus sa forme ordinaire. Le lobe droit, rapetissé, offre plusieurs dépressions rayonnées sur sa face convexe (*fig.* 1); sa consistance est ferme, sa coloration d'un jaune terne, sa surface chagrinée. A la coupe on constate la présence de cicatrices étoilées résistantes constituées par un tissu fibro-vasculaire comme ecchymosé en certains points, et d'où partent des prolongements fibreux (*fig.* 2 et 3). Les cellules hépatiques manquent en plusieurs endroits.— Le petit lobe et les éminences portes sont réduits à une languette d'un tissu fibreux et comme lardacé, d'une longueur de $0^m,05$ sur $0^m,01$ ou $0^m,02$ d'épaisseur. — En dernière analyse, c'est sur la trame fibreuse du foie que porte l'altération principale, laquelle se révèle par la présence de cicatrices et par une déformation caractéristique.



Fig. 1. — A, lobe droit du foie. — *a*, lobe gauche. — *b*, vésicule biliaire. — *c*, cicatrice avec dépression de la surface. — *d*, cicatrice de la surface du foie. — *e*, ligament suspenseur (1/4 de volume).



Fig. 2. — *c'*, coupe verticale de la cicatrice vue en *c* (*fig.* 1).



Fig. 3. — *h*, *h'*, cicatrices dans l'épaisseur même de la substance hépatique.

Le tronc de la veine-porte et la plupart de ses branches sont presque complétement oblitérés par de fausses membranes ou des cordons fibreux

parsemés de taches noires dues à la matière colorante du sang. Les parois sont épaissies et vasculaires sur plusieurs points, ce qui permet de songer à une phlébite liée à la même cause qui a amené l'altération du foie.

Rate. — Cet organe adhère aux parties voisines ; sa capsule, épaissie en plusieurs points, présente çà et là des taches laiteuses d'où émanent de petits prolongements fibreux.

Les ganglions du mésentère sont volumineux, assez fermes, blanchâtres près du foie et du pancréas; il en est d'autres plus gros, plus mous et de teinte rougeâtre, mais c'est surtout dans la région du bassin que ces glandes sont manifestement altérées dans leur volume, leur consistance et leur coloration.

Le corps thyroïde est hypertrophié.

Le pancréas est petit et dur.

Les reins, augmentés de volume, laissent voir une dégénérescence amyloïde légère.

Les testicules enfin sont réduits de moitié, les canalicules spermatiques sont altérés et offrent, en masse, une coloration jaune foncée.

Cavité thoracique. — Les poumons sont œdématiés à leur base. Au sommet droit existe un noyau crétacé du volume d'un pois ; d'autres noyaux semblables sont répandus à la surface des lobes.

Un ganglion lymphatique très-hypertrophié repose sur le diaphragme.

Tête. — Les os du crâne sont un peu épaissis et plus friables. La dure-mère saine adhère en un point à la substance cérébrale, sur la pie-mère quelques taches laiteuses, liquide céphalo-rachidien abondant.

La substance cérébrale, d'aspect normal, ne paraît pas altérée; cependant, au niveau du point adhérent avec la dure-mère, on constate une petite excavation pouvant recevoir l'extrémité du pouce et qui contenait une bouillie jaune (Pl. II, *fig.* 7); tout autour la pulpe est ramollie et jaunâtre, plus loin elle est rougeâtre et très-vasculaire. La substance jaune est constituée par des granulations graisseuses abondantes et des corpuscules granuleux probablement d'origine conjonctive. Les éléments nerveux de la substance grise sont altérés, les tubes détruits ou cassés. Dans d'autres parties, l'élément conjonctif a subi une hyperplasie notable, quoique l'œil seul puisse à peine soupçonner ce désordre anatomique (1).

Ce fait n'a pas besoin de commentaires, l'infection syphilitique est ici manifeste, non-seulement à cause des antécédents du malade, mais encore par les caractères particuliers des altérations rencontrées à l'autopsie. Reste à savoir si, comme les déformations cicatricielles du foie et la lésion de l'encéphale, la péritonite doit être rattachée à la syphilis. A mon sens, il ne peut y avoir de doute sur ce point quand on sait combien est fréquente la périhépatite dans les cas de syphi-

(1) Cette observation est publiée dans *Gaz. hebd.*, p. 59, 1864.

lis du foie, et quand d'un autre côté il n'existe aucune cause qui vienne expliquer la genèse de cette affection.

Un point de physiologie pathologique doit être noté dans cette observation sur laquelle nous aurons à revenir, c'est l'absence d'ascite malgré l'oblitération presque complète de la veine porte. Ce phénomène exceptionnel nous paraît trouver son explication principalement dans l'adhérence de la paroi abdominale antérieure à la masse intestinale ou même à la colonne vertébrale; mais on peut supposer en outre que les fausses membranes, dont l'organisation était parfaite, avaient bien pu contribuer à la résorption de la sérosité antérieurement épanchée.

Plusieurs fois encore nous aurons à noter l'existence d'une péritonite dans des faits de syphilis viscérale. Mais qu'elle soit partielle ou généralisée, cette péritonite se présente toujours avec les caractères qu'elle a dans l'observation précédente. La suppuration ne s'observe pas plus lorsque la syphilis attaque une membrane séreuse que quand elle envahit un autre tissu. Aucun fait ne démontre jusqu'ici qu'une péritonite aiguë soit jamais survenue dans ces conditions. Il est encore à l'état d'hypothèse que la substance ramollie d'une gomme hépatique se soit déversée dans la cavité du péritoine et l'ait enflammée.

La péritonite tuberculeuse et certains cas de péritonite membraneuse chronique tels que ceux qui peuvent se lier à l'abus des boissons alcooliques, ne sont pas sans analogie avec la péritonite syphilitique. L'ascite, dans tous ces cas, peut cesser d'exister à un certain moment; mais si les désordres symptomatiques sont peu dissemblables, reconnaissons que les commémoratifs et les troubles concomitants sont toujours différents. En effet, si le foie et la rate sont généralement augmentés de volume dans les cas de péritonite syphilitique, les poumons sont le plus souvent lésés dans la péritonite tuberculeuse, et en même temps que la péritonite alcoolique, on observe habituellement des pituites stomacales, des crampes, des fourmillements, de l'anesthésie aux extrémités des membres.

ARTICLE V. — APPAREIL DE L'HÉMOPOIÈSE.

Nous groupons sous ce chef des lésions syphilitiques d'organes qui tous concourent à la formation du liquide sanguin. Cette communauté

de fonction suffirait déjà pour légitimer ce groupement; mais ce qui nous a surtout conduit à opérer ce rapprochement, c'est l'altération ordinairement simultanée de plusieurs de ces organes, altération qui est toujours suivie d'anémie, ou plutôt du syndrome connu sous le nom de cachexie.

Le foie et les glandes vasculaires sanguines sont du reste particulièrement prédisposés à subir l'influence de la syphilis à cette période de son évolution, et pour ce motif il convient de consigner dans un même chapitre l'étude de leurs altérations.

§ 1. — Affections syphilitiques du foie.

Ricord, Clinique iconographique de l'Hôpital des vénériens. Paris, 1842. — Rayer, Traité des maladies des reins, t. II, p. 486, 1837. — Dittrich, Prager Vierteljahrschrift, 1849, t. I, p. 1, et 1850, t. II, p. 33. Analyse dans Annal. des malad. de la peau, etc., t. III, p. 245. — Gubler, Mémoire sur une nouvelle affection du foie liée à la syphilis héréditaire chez les enfants du premier âge; *Gaz. méd. de Paris*, 1852, et Mémoires de la Société de Biologie, t. IV, p. 25. — Quélet, Essai sur la syphilis du foie. Thèse de Strasbourg, 1856.—Schutzenberger, dans *Gazette hebdom. de méd. et de chirurg.*, 1857, p. 279. —Lecontour, Des affections syphilitiques du foie. Thèse de Paris, 1858. —Willis, *The Lancet*, janv. 1857 et 12 juin 1858. — Budd, On the diseases of the liver, 2e édit., 1857, p. 416. — Abelin et Duben, Foie syphilitique. *Dublin med. Press*, n° 1079, 1860. — R. Virchow, La syphilis constitutionnelle, trad. franç. de P. Picard. Paris, 1860. — Leudet, Recherches cliniques pour servir à l'histoire des lésions viscérales de la syphilis; *Moniteur des sciences médicales*, 1860, p. 1131. —Fr. Keesbacher, Lebersyphilis. Wien Wochenblatt, XVII, n° 36. — Murchison, Syphilitic disease of the liver and diaphragm and dura mater. Lancet, t. II, 1861. — Heschl, Zur Kenntniss der syphilit. Leberaffection., Œsterr. Zeitschrift für praktisch. Heilkunde, mars 1862, nos 10 et 12, t. VIII, et Schmidt's Jahrbücher, t. 118, p. 43. —H. Biermer, Ueber Syphilis der Leber und Milz, dans Casuistiche Mittheilungen, etc., Schweiz Zeitschrift für Heilkunde, I, 1 et 2, p. 118, 1862. — Lancereaux, Sur les cicatrices du foie; *Bulletin de la Soc. anat. de Paris*, t. XXXVII, p. 33, juillet et août 1862. — Sam. Wilks, On the syphilitic affections of internal organs, in *Guy's hospital Reports*, 1863. — Ernest Faligan, Des affections syphilitiques du foie. Thèse de Paris, 1863. — Oppolzer, Syphilis der Leber. *Wien Med. Hall.*, IV, 10, 24, 26, 27, 1863, et Schmidt's Jahrbücher, t. 120 et 124. — Hérard, De la syphilis du foie, *Union méd.*, 31 mai, p. 400, 1864. — L.-R. Haldane, Case of cirrhosis of the liver with syphilitic deposit. *Edinburg Med. Journ.*, 1864. — Stewart, Affections syphilitiques du foie, *Brit. Rev.*, XXXIV, p. 512, octobre. — Lancereaux, Des lésions viscérales syphilitiques, *Gaz. hebdom. de méd. et de chirurg.*, 1864. Coco Dieco, il Morgagni VIII,

L'idée que le foie peut prendre part aux désordres qu'apporte dans l'organisme la présence du virus syphilitique n'est certainement pas neuve. Elle régnait déjà parmi les premiers syphilographes, mais tous étaient loin d'être d'accord sur les changements que subit dans ces conditions la glande hépatique. Les uns voyaient dans la syphilis du foie un accident consécutif, et de ce nombre étaient Jac. Cataneus, G. Vella, A. Ferro (1). Les autres, au contraire, faisaient du foie le foyer principal de la maladie, par exemple Ant. Musa Brassavole, et plus tard Montanus, Ant. Gallus (2), Fallope (3), Ranchin (4), G. Keil (5). Cette dernière opinion était peu soutenable, et elle s'évanouit le jour où on se livra avec soin à l'étude de l'anatomie pathologique; dès lors les hypothèses durent tomber devant les faits.

Dans le siècle dernier et même dans les premières années de celui-ci, quelques observateurs et particulièrement Bonnet (6), Astruc (7), Baader (8), Van Swieten (9), Cirillo (10), Portal (11), rapportèrent des faits assez incomplets, il est vrai, d'affections hépatiques liées à la syphilis; mais ces faits étaient tombés dans l'oubli, lorsque Ricord et Rayer attirèrent de nouveau l'attention des médecins sur les lésions syphilitiques du foie. Plus récemment, Dittrich de Prague et Gubler étudièrent avec soin les mêmes altérations, l'un chez l'adulte, l'autre chez l'enfant. Dans ces dernières années enfin, plusieurs observations intéressantes ont été produites sur le même sujet, en Angleterre par Wilks (12) et Bristowe (13); en Allemagne par Virchow, Frerichs (14), Oppolzer; en France par Dufour (15), Leudet, Hérard, Proust (16); en Suisse par Biermer. Aujourd'hui le moment semble venu de réunir

(1) Voy. Aloys. Luisinus, *Aphrodis.*, p. 151, 207, 433.
(2) Voyez *Aphrodisiac.*, p. 455, 554, 658.
(3) *Tractatus de morbo Gallico*, cap. XII-XIII.
(4) *An hepar sit in lue venerea pars vitio affecta*, 1604.
(5) *Dissertatio inauguralis de lue venerea.* Marpurgi, 1614.
(6) *Sepulchretum.*
(7) *Loc. cit.*, p. 96, t. IV.
(8) Voy. Van Swieten, *Comment. in Boerhaav. Aphorism.*, t. V, p. 371. Paris, 1773.
(9) *Ibid.*
(10) *Traité complet des malad. vénér.* Paris, 1803, p. 136.
(11) *Maladies du foie.* Paris, 1813.
(12) *Transact. of the pathological Society*, t. VII et *loc. cit.*.
(13) *Ibid.*, t. X.
(14) *Traité des Malad. du foie*, 1re édit., 1862; 2e édit., trad. française. Paris, 1866.
(15) *Bull. Soc. anat.*, 1851.
(16) *Bull. Soc. Anat.*, p. 459, 1862.

les faits épars, de les grouper, de les coordonner, et de chercher à en tirer des déductions générales au point de vue du diagnostic et du pronostic. Pour accomplir cette tâche difficile, nous ajouterons aux travaux de nos devanciers les recherches qui nous sont personnelles.

Étude anatomique. — Envisagées sous le rapport anatomique, les affections syphilitiques du foie présentent des modalités ou formes qu'il importe de bien connaître pour comprendre la variété de leurs symptômes. Forme inflammatoire ou hépatite interstitielle, forme gommeuse, cicatrices consécutives; telles sont les modifications distinctes que nous devons étudier, car si elles coexistent dans certains cas, d'autres fois elles sont complétement isolées.

Hépatite syphilitique interstitielle. — Cirrhose syphilitique. — Beaucoup plus rare que l'altération gommeuse, la cirrhose syphilitique occupe tantôt une partie seulement, tantôt la totalité de la glande hépatique. Comme l'orchite syphilitique, elle paraît être caractérisée à son début par une injection vasculaire à laquelle succèdent sur des points disséminés des noyaux et des cellules plasmatiques qui ne tardent pas à constituer un tissu nouveau possédant les caractères du tissu fibreux et ayant pour siége plus spécial la capsule fibreuse et les cloisons qui en émanent. Un premier effet de cette multiplication des éléments connectifs, dont le point de départ habituel est la paroi des capillaires, consiste dans un épaississement de la trame et conséquemment dans une augmentation plus ou moins grande, mais généralement assez peu considérable, du volume du foie. Après un certain temps, quand ces éléments ont acquis un développement complet, les choses changent de face ,en vertu des propriétés rétractiles inhérentes à ce tissu nouveau comme à tous les tissus de cicatrices. La surface du foie présente en plusieurs points des sillons de plus en plus profonds, et qui, par leur disposition et la déformation qu'ils provoquent, ne manquent pas de donner à la glande un certain cachet de spécificité. Celle-ci, en effet, adhère à l'aide de brides résistantes ou de cordons ligamenteux au diaphragme; souvent aussi, mais plus rarement, aux organes de voisinage, à la capsule surrénale et au rein en particulier, en sorte qu'il est souvent très-difficile de l'extraire de la cavité abdominale. Ses bords sont anfractueux, irréguliers, méconnaissables; ses faces bosselées, inégales, sont labourées de nombreux sillons qui, le plus souvent, irradient du

ligament suspenseur, et au fond desquels existe un tissu fibreux résistant. (Voyez Pl. I, *fig.* 1 et *fig.* 1'.)

Par suite de cette disposition, la surface de la glande hépatique présente un aspect lobulé et une certaine ressemblance avec celle du rein des jeunes veaux. A la coupe, on voit partir du fond des sillons des prolongements qui circonscrivent des îlots plus ou moins étendus, mais en général de plusieurs centimètres de diamètre, ce qui donne à l'intérieur de la glande une apparence mamelonnée analogue à celle de sa surface. La substance hépatique comprise entre les cloisons fibreuses est plus ou moins altérée; sa consistance est ordinairement ferme; sa coloration est plus foncée, ou un peu jaunâtre, suivant le degré plus ou moins avancé d'altération des cellules hépatiques.

La capsule de Glisson et les cloisons qui s'en échappent sont le siége tout particulier de la lésion syphilitique, et c'est leur rétraction surtout qui donne au foie sa forme spéciale. A l'examen microscopique, on trouve que leur épaississement tient à la formation d'éléments nouveaux de tissu connectif, noyaux, cellules et fibres. Les cellules hépatiques, le plus souvent simultanément altérées, conservent rarement leurs dimensions normales; elles sont plus volumineuses et remplies de graisse, ou bien, plus rarement, elles ont subi, en même temps que les parois des capillaires, la dégénérescence amyloïde. En général elles sont atrophiées au voisinage des cloisons fibreuses, tandis qu'ailleurs elles sont ou normales ou augmentées de volume.

Tel est l'état du foie dans les différentes phases de l'hépatite syphilitique; peu distincte à son début, cette lésion présente plus tard des caractères qui permettent difficilement de la méconnaître.

La cirrhose alcoolique, qui lui ressemble le plus, n'offre pas, en effet, ces énormes lobules qui donnent à la cirrhose syphilitique l'aspect des reins des jeunes animaux; elle ne présente pas à la coupe ces vastes îlots séparés par des cloisons fibreuses, mais elle est constituée par des granulations ordinairement petites et souvent égales formant dans l'épaisseur du parenchyme de petits grains jaunes ou brunâtres saillants et du volume d'un grain de raisin. Cette disposition est en rapport avec le siége de la prolifération, qui, chez les ivrognes, porte plus spécialement sur les vaisseaux-portes. Aussi la capsule est-elle en général très-peu épaissie; jamais, du reste, elle n'est

labourée de sillons profonds, et rarement elle adhère aux organes voisins. La différence, conséquemment, est on ne peut plus manifeste.

La cirrhose qui s'observe quelquefois chez les fondeurs en cuivre se distingue également bien des deux variétés précédentes (1).

Dans l'altération hépatique consécutive à la gêne circulatoire produite par les affections cardiaques, le foie, induré, ferme, lisse à la surface, d'une teinte jaunâtre pointillée de brun (foie noix-muscade), ne présente jamais les épaississements fibreux de la cirrhose syphilitique.

Les faits qui servent de base à cette description sont déjà nombreux; mais comme il serait trop long de les rapporter avec tous leurs détails, nous nous contenterons de donner un court résumé, ou simplement l'indication des principaux d'entre eux, nous réservant de ne publier *in extenso* que l'observation suivante.

Cachexie syphilitique, pneumonie et phlegmon du bras; érysipèle, mort. — Altération des poumons. — Dégénérescence cireuse de la paroi ventriculaire du cœur gauche; sillons profonds à la surface du foie, cloisons fibreuses épaissies (hépatite interstitielle); lésions rénale et splénique, hypertrophie de la glande thyroïde.

Obs. XXIX. — F...., veuve, âgée de 47 ans, marchande ambulante, entre à l'hôpital de la Pitié, le 15 avril 1861, salle du Rosaire, lit n° 15. Quoique fortement constituée, cette femme offre une teinte jaunâtre, prononcée surtout à la face et aux membres. Elle est amaigrie et depuis longtemps souffrante. Elle se plaint d'une douleur violente dans le côté droit de la poitrine et vers l'épine de l'omoplate du même côté. Matité et râles crépitants à l'auscultation, mais sans frisson au début.

Le 16 avril, aux râles crépitants et à la matité s'ajoute un léger souffle. La toux n'est pas très-fréquente, mais les crachats sont verdâtres, visqueux et adhérents au vase. Dyspnée, malaise, fréquence et petitesse du pouls; peu de chaleur à la peau. — Saignée de 250 *grammes. Un vésicatoire volant entre les deux épaules*. Les jours suivants, même état, le souffle est plus net. Le 20, les crachats perdent leur viscosité et leur coloration; l'expectoration est peu abondante; le souffle existe encore, mais déjà on entend des râles de retour. Malgré cette amélioration apparente, on est frappé du teint cachectique, du froid des extrémités, de la petitesse du pouls, phénomènes qui paraissent fort peu en rapport avec l'état local de l'appareil respiratoire.

(1) Voyez sur cette lésion l'article Alcoolisme que nous avons inséré dans le *Dictionn. encyclopédique des Sciences médicales*, t. II, p. 635.

Le 27, les râles humides ont en grande partie disparu; la respiration reste faible au niveau du point malade, mais le pouls conserve sa petitesse et sa fréquence, et la peau reste froide. *Potion gommeuse.* Un phlegmon développé à la suite de la saignée du bras avait presque complétement disparu, lorsque survint un érysipèle qui gagna le sein, envahit le tronc et amena la mort en trois jours.

Autopsie.—Putréfaction nulle; cadavre amaigri. Les membres inférieurs sont le siége d'un œdème mou qui remonte jusqu'à la partie supérieure des cuisses; les veines fémorales sont libres de coagulum; la peau est jaunâtre. A 3 centimètres de la vulve, sur la partie supérieure et interne de la cuisse gauche, existe une cicatrice circulaire large, un peu déprimée et de 2 à 3 centimètres d'étendue. Entre l'anus et la vulve, du côté du raphé médian se rencontrent plusieurs autres cicatrices, dures, blanchâtres et légèrement saillantes. Comme les précédentes, elles sont froncées, de forme circulaire, caractères qui indiquent assez leur origine.

Le cerveau et ses enveloppes ne sont pas sensiblement altérés.

Le corps thyroïde a le volume d'un œuf d'oie et une apparence cireuse.

Cavité thoracique. — Épanchement peu abondant de sérosité à la partie inférieure de la cavité pleurale droite. Le poumon correspondant a perdu son élasticité et sa perméabilité ; son état se rapproche de celui qu'on désigne sous le nom de carnification. Au sommet, siége de la pneumonie, induration liée à l'hyperplasie du tissu conjonctif. Quelques adhérences existent à gauche; le poumon de ce côté offre à sa base une altération moins étendue, mais peu différente de la précédente; sur quelques points, toutefois, se rencontrent des traînées blanchâtres, indice cutané d'un épaississement de la trame de substance conjonctive. Les cellules épithéliales des alvéoles sont altérées et granuleuses.

Le péricarde est sain ; mais au-dessous de son feuillet viscéral, à la surface du cœur, on aperçoit plusieurs petites taches jaunâtres. La cavité du ventricule gauche est un peu dilatée ; sa paroi offre une épaisseur de 2 centimètres. La surface de section est lisse et polie, a un aspect lardacé, comme cireux. D'une coloration jaune brunâtre, cette paroi résiste à la pression et laisse voir sur quelques points des taches blanchâtres au niveau desquelles on ne trouve que des fibres de tissu conjonctif. Le cœur droit paraît sain. Recouvert d'une légère couche de graisse, il contient un coagulum fibrineux, mou et de formation récente. Les valvules du cœur droit sont saines; à gauche, les valvules aortiques sont épaissies et indurées à leur base, plusieurs végétations se rencontrent à la surface de la valvule mitrale. La crosse de l'aorte est dilatée, on voit à la surface plusieurs plaques jaunes disséminées. L'examen microscopique du tissu du cœur montre un épaississement de la trame fibreuse, marqué surtout sur divers points. Quelques fibres musculaires sont lisses, brillantes, avec un contenu homogène très-réfringent; d'autres, offrent une altération granuleuse qui débute vers leur partie centrale; un certain nombre d'entre elles sont restées intactes.

Cavité abdominale. — Le foie adhère au diaphragme dans une grande partie de son étendue, et il est difficile de l'en détacher, tant les adhérences membraneuses sont anciennes et intimes. Ces adhérences unissent encore le foie au cœur droit, et c'est chose difficile que de séparer ces deux organes. Retirée de l'abdomen, la glande hépatique se fait remarquer par l'irrégularité de sa surface ; elle est, en effet, parcourue par des sillons nombreux, profonds, qui la divisent en un grand nombre de lobules, et lui donnent un aspect assez semblable aux reins des jeunes animaux. Ces sillons, qui ont 1 à 2 centimètres de profondeur, occupent le voisinage du ligament supérieur et le lobe droit. Ils se trouvent sur les deux faces de l'organe et principalement sur la face concave. Le lobe gauche est diminué de volume, et tellement labouré par ces sillons qu'il est méconnaissable. Le foie tout entier a 22 centimètres de hauteur, et une largeur de 23 centimètres ; sa forme est profondément modifiée, et il est à peine facile de distinguer ses différentes parties (pl. I, fig. 1 et fig. 1').

Les bords présentent, ainsi que les faces, des scissures très-profondes dont quelques-unes sont comblées par du tissu fibreux. Les vaisseaux du foie sont libres et intacts. La section de cet organe montre un épaississement des cloisons fibreuses tellement considérable, qu'il atteint un centimètre d'épaisseur environ (pl. I, fig. 1'); ces cloisons circonscrivent et atrophient un plus ou moins grand nombre de lobules, et c'est à leur rétraction qu'est dû l'aspect tout particulier du foie. Le parenchyme contenu entre ces cloisons uniquement formées de fibres, de tissu conjonctif et de granulations graisseuses plus ou moins abondantes sur quelques points, est d'une coloration légèrement jaunâtre. Quelques-unes des cellules hépatiques sont atrophiées et granuleuses, tandis qu'il en est d'autres qui ont conservé une intégrité plus ou moins apparente; quelques-unes enfin sont plus volumineuses et renferment d'abondantes granulations graisseuses. A part quelques corps rougeâtres dus à la matière colorante de la bile, le tissu conjonctif qui accompagne les ramifications de la veine-porte ne paraît pas être altéré, et cette circonstance rend compte, ce nous semble, de l'absence de liquide dans la cavité péritonéale.

La rate a 22 centimètres de long et 12 de large; moins intimement unie que le foie au diaphragme, elle adhère aussi au rein correspondant ; la tunique extérieure est épaissie vers sa partie moyenne, où existe une large plaque blanche. Plusieurs taches brunâtres, infarctus hémorrhagiques, se voient à la surface. La coloration du parenchyme est jaunâtre.

Les ganglions offrent deux aspects différents ; dans l'aine gauche, au voisinage de la cicatrice dont il a été question, ils sont doublés ou triplés de volume et comme purulents ; il en est de même dans l'aine droite. Les ganglions situés au-devant de la colonne vertébrale sont un peu moins volumineux et de coloration jaunâtre ou brunâtre.

D'une coloration un peu jaune, les reins sont le siége d'une altération marquée et de dépressions à fond induré et analogues à des cicatrices

plus ou moins profondes et étendues. Plus volumineux et moins déprimé que le rein droit, le rein gauche présente à la coupe une surface lisse non granuleuse, et parcourue de vaisseaux gorgés de sang au niveau de la substance corticale. A l'examen microscopique, la trame de substance conjonctive est épaissie (hyperplasie), surtout au voisinage des corpuscules de Malpighi, qui pour la plupart sont petits et atrophiés. Quelques-uns des tubuli sont atrophiés, les autres renferment des cellules épithéliales altérées et chargées de granulations graisseuses (1).

Observé à une époque où les manifestations syphilitiques des viscères préoccupaient fort peu le clinicien, ce cas ne fait point mention des antécédents pathologiques de la malade, et ne permet pas de suivre la filiation des accidents syphilitiques. Deux circonstances cependant conduisent à admettre ici l'existence de la syphilis : la présence de cicatrices particulières à la région du périnée et un état de cachexie que rien ne parvenait à expliquer. Ce premier point accepté, est-ce bien à la syphilis que doivent se rattacher les lésions anatomiques constatées à l'autopsie? Les faits seuls sont appelés à résoudre une question de ce genre. Or, les observations suivantes, rapprochées de la précédente, sont sous ce rapport tout à fait démonstratives.

Une femme âgée de 42 ans se plaignait de douleurs vagues dans l'abdomen, de mauvaises digestions, de perte d'appétit et de constipation. Elle offrait en même temps un ictère peu marqué à la peau, mais manifeste aux sclérotiques; le foie, augmenté de volume, présentait des bosselures distinctes à la palpation. Plus tard on vit survenir de la céphalalgie, une amaurose, des convulsions, du délire et du coma, accidents qui furent bientôt suivis de la mort.

Outre qu'il y avait une altération des os du crâne et un tubercule gommeux ayant pour siége le corps pituitaire, le foie se présentait dans les conditions suivantes : Cette glande, un peu volumineuse, déborde à droite le rebord costal; à gauche il ne dépasse pas la ligne médiane; des brides épaisses, membraneuses, le font adhérer avec toute la portion correspondante du diaphragme; cet organe présente un aspect lobulé tout particulier; sa surface, en effet, est semée de sillons nombreux et de bosselures plus ou moins volumineuses évidemment dues à la rétraction de cloisons fibreuses que projette la capsule épaissie dans l'épaisseur du parenchyme hépatique. Celui-ci,

(1) Observation publiée par nous dans la *Gaz. hebdomad. de méd. et de chirurgie*, p. 547. 1864.

d'une coloration assez normale, paraît comprimé aussi bien que les vaisseaux et les canaux qui en sortent. Le péritoine contient peu de liquide; la plupart des glandes vasculaires sanguines sont augmentées de volume (1).

Dans plusieurs observations rapportées par Frerichs (obs. 60, 61 et 71), on retrouve les mêmes adhérences de la glande hépatique au diaphragme et à quelques-uns des organes voisins, la même déformation, le même état lobulé en même temps que l'augmentation ou la diminution du volume de l'organe. L'observation dix-neuvième du mémoire de Leudet est encore un exemple de ce genre d'altération; il existe de plus, dans ce même travail, deux faits (obs. 8 et 9) qui méritent d'autant mieux de figurer ici que la lésion hépatique amena l'hydropisie du péritoine. Voici la description de l'état du foie dans l'observation neuvième (*loc. cit.*, p. 1157) : « Le foie était réduit au moins d'un tiers de son volume normal, il était d'un jaune fauve, très-irrégulier à la surface et coupé de nombreuses dépressions cicatricielles qui interceptaient des mamelons irréguliers de substance hépatique, principalement au niveau du ligament suspenseur. Ces dépressions correspondaient, à la coupe, à d'épaisses bandes de tissu cellulo-fibreux suivant le trajet des vaisseaux, et qui interceptaient des portions du parenchyme hépatique. Partout, même dans les points où ces dépressions n'existaient pas, de larges bandes fibreuses suivaient la direction des vaisseaux, mais là beaucoup moins épaisses que dans les endroits déprimés. Aucune trace de dépôt gommeux. Cellules du foie peu volumineuses, granulées; vésicules de graisse libres, canaux biliaires et vésicules sains de même que la veine-porte. »

Les *Bulletins de la Société anatomique* contiennent des faits du même genre; on peut consulter à cet égard une observation recueillie dès 1851, par notre regretté collègue Dufour; la note suivante, insérée dans le t. XXVII, p. 282, mérite d'être rapprochée de notre description : « M. Gallard présente un foie, recueilli sur un adulte âgé de 31 ans, qui a eu des plaques muqueuses, des croûtes dans les cheveux, des ulcérations sur les amygdales, en un mot tous les symptômes de la syphilis; en outre, il présentait une *ascite* qui a été ponctionnée.

(1) L. Gros et Lancereaux, *Affections nerveuses syphilitiques*, 1861, p. 246, obs. CXXIV.

Le foie n'a pas été examiné sur le vivant : le malade est mort dans un accès de suffocation, quinze jours après son entrée à l'hôpital. A l'autopsie nous avons trouvé le péritoine plein de liquide; mais le foie a surtout attiré notre attention : il était irrégulièrement bosselé, offrant une coloration blanchâtre par places, et des adhérences sous forme de brides fibreuses, solides, avec le diaphragme et la face antérieure de l'estomac; l'intérieur du foie a toutes les apparences de la cirrhose; on remarque en outre, en certains points, dans l'angle que forment les bosselures et pénétrant jusque dans l'intérieur du foie, des portions dures, blanchâtres, qui semblent des dépendances des brides ligamenteuses dont nous avons parlé... M. Gallard regarde ce fait comme syphilitique, il fait surtout ressortir la forme lobulée et les brides fibreuses ou cicatricielles qui caractérisent cette affection. »

Tumeurs gommeuses du foie, *hépatite gommeuse*, *syphilome circonscrit du foie.* — Fort peu connues des médecins des siècles précédents, les tumeurs gommeuses du foie ont été plus spécialement décrites dans ces derniers temps. Déjà on lit dans Cirillo : « Si le foie s'endurcit et acquiert un volume démesuré, la substance qui le compose paraît ordinairement comme recouverte de petits grains ronds et distincts les uns des autres, elle est jaune et très-dure intérieurement; en l'ouvrant on sent sous le bistouri de petits corps solides analogues à des grains de sable fin. »

Ricord fixe d'une façon particulière l'attention sur ces productions qu'il compare au tubercule gommeux du tissu cellulaire. Voici la description qu'il en donne dans un fait qu'il a observé et consigné dans sa *Clinique iconographique :* « Le foie, d'un volume moyen, d'une coloration et d'une consistance ordinaires, présente à la surface convexe de son lobe droit une tumeur assez irrégulièrement arrondie, de la grosseur d'une noix, un peu saillante, mais presque entièrement plongée dans la substance de l'organe. Cette tumeur, divisée en deux parties, semblait entourée d'une espèce de kyste; elle est formée du reste par un tissu dur et dense, assez homogène, criant un peu sous le scalpel et n'offrant aucune trace de vaisseaux. Elle paraît présenter beaucoup d'analogie avec certains tubercules du tissu cellulaire qu'on rencontre fréquemment dans la syphilis tertiaire. » Une ulcération du larynx avec altération du cartilage thyroïde et de la clavicule, telles furent les circonstances qui, avec les antécédents spécifiques du malade, vinrent

plaider en faveur de l'origine syphilitique de l'affection hépatique.

Dans un paragraphe servant d'appendice au cancer du foie et intitulé : *Enkysted knotty tumors of the liver*; le Dr Budd (1) a donné sans le vouloir une excellente description des gommes du foie. Les caractères de l'altération hépatique, l'enkystement, l'aspect, la consistance caséeuse, comme aussi la constitution anatomique des tumeurs qu'il décrit, sont autant de conditions qui, même en l'absence de la mention des antécédents syphilitiques, ne peuvent laisser de doute sur la véritable origine d'une affection que l'auteur lui-même a grand embarras à faire entrer dans le cadre des maladies connues. Aussi, voulant donner une interprétation de ces faits, a-t-il été conduit à voir dans cette altération une dilatation des conduits hépatiques par la présence de la matière colorante biliaire au centre des nodus disséminés dans le foie. Mais, comme nous le verrons bientôt, cette particularité, qui appartient fréquemment aux tubercules syphilitiques du foie, trouve son explication dans ce fait, que les conduits hépatiques, sinon le tissu de leur voisinage, sont quelquefois le siége primitif, le point de départ de l'altération gommeuse (voyez obs. XXV).

Dittrich de Prague (2) et Wilks (3) ont le mérite d'avoir fait connaître la liaison causale qui existe entre les tumeurs ci-dessus désignées et la syphilis constitutionnelle.

Dans les faits que rapportent ces auteurs, le foie, adhérent au diaphragme, présente dans l'épaisseur de son parenchyme des tumeurs plus ou moins nombreuses de volume variable, constituées par une substance d'un blanc jaunâtre plus opaque au centre et enveloppée d'un tissu plus récent et transparent, composé de fibres de tissu conjonctif et de cellules fusiformes. Dans quelques-uns de ces cas, il est en outre question de cicatrices se rencontrant à la surface du foie. Le travail de Virchow contient des faits semblables ; des tubercules ou des nodosités d'un blanc jaunâtre, sèches et entourées d'un tissu cicatriciel jaunâtre, calleux ou tendineux, existent dans l'épaisseur de la glande hépatique chez des individus affectés de syphilis.

Frerichs relate un fait du même genre avec profondes dépres-

(1) *Diseases of the Liver*, p. 416, 2d édit. London, 1857.

(2) *Loc. cit.*

(3) *Transact. of patholog. Society of London*, t. VIII et IX. — *Med. Tim.*, 3 juillet 1858, 10 janvier 1857. — *Gazette hebd.*, p. 142, 1859.

sions de la surface du foie. Bristowe (1) et Meyer (2), et plus récemment Biermer et Wagner, ont vu les mêmes altérations qu'il nous a été donné d'observer plusieurs fois et que nous n'avons pas hésité à rattacher à la syphilis à une époque où nous n'avions encore aucune connaissance des travaux étrangers sur ce point de la pathologie spécifique. Car, depuis 1859, nous entretenons la Société de biologie de nos recherches à cet égard.

Dans la moitié au moins des cas en question, la glande hépatique, siége des nodus gommeux, a contracté, surtout au niveau des produits de nouvelle formation, des adhérences solides et résistantes avec les organes du voisinage et avec le diaphragme en particulier. C'est là, disons-le de suite, un caractère qui peut servir à différencier cette altération des productions cancéreuses dans lesquelles ces adhérences ne s'observent qu'exceptionnellement. La surface de la glande est en général parcourue par des sillons cicatriciels, des dépressions plus ou moins profondes; son volume, normal dans quelques cas, est d'autres fois diminué, plus souvent augmenté, et ces changements tiennent d'une part à la rétraction qu'amènent la fonte et la résorption des gommes, d'autre part à l'accumulation plus ou moins considérable de substances grasses ou amyloïdes au sein du parenchyme hépatique, dans l'épaisseur des cellules et des parois vasculaires.

Quant aux tumeurs ou nodus, elles sont ordinairement multiples et profondément situées; quelquefois, plus superficielles, elles font saillie sous la capsule. Le plus souvent arrondies et d'un volume qui varie entre celui d'un grain de millet, d'un pois, d'une noisette, d'une noix ou même d'un œuf, elles présentent dans certains cas la forme d'une lentille ou d'un haricot; leur coloration est blanchâtre, grisâtre ou jaunâtre, leur consistance ferme ou un peu molle, suivant la proportion relative des éléments qui les constituent, et surtout le degré plus ou moins avancé de l'évolution ascendante ou descendante de ces éléments. A la coupe, les gommes du foie offrent tantôt une surface sèche, élastique, saillante au-dessus du tissu voisin, et en cela elles se distinguent du cancer; tantôt, à leur période régressive, elles ont l'aspect d'une sorte de magma, d'où s'échappe parfois un liquide d'apparence laiteuse.

(1) *Transact. of the pathol. Society of London*, t. X.
(2) Schmidt's *Jahresb.*, t. CXIV.

Qu'ils soient dispersés à la surface ou dans la profondeur du foie, agglomérés sur un ou plusieurs points de cet organe, ces néoplasmes se font remarquer par une disposition qui fait rarement défaut, et qui, pour cette raison, constitue un de leurs principaux caractères. Ils sont en effet généralement entourés et circonscrits par une zone épaisse, rétractile, toujours moins saillante à la coupe que la nodosité elle-même. Constituée par un tissu fibreux, grisâtre et vasculaire, cette zone, en cas d'agglomération des tumeurs, forme pour ainsi dire autant de loges à parois résistantes dans lesquelles est comprise la masse phymatoïde qu'il est parfois possible d'énucléer.

Il est difficile de préciser l'époque d'apparition de cette zone par rapport au nodus gommeux proprement dit ; mais ce serait un tort de ne voir dans ce cercle fibreux qu'une simple condensation de la trame du foie, résultat du refoulement des cellules hépatiques par les dépôts gommeux. Là, en effet, on trouve des vaisseaux, des noyaux, des corpuscules et des fibres de tissu conjonctif. La substance jaune centrale, au contraire, est en général peu ou pas vasculaire, et composée de cellules petites et de noyaux ronds, agglomérés au sein d'une trame fibreuse. A mesure qu'on examine des portions plus rapprochées du centre de la tumeur, on observe les mêmes éléments infiltrés de granulations graisseuses, et en voie de destruction moléculaire ; au centre même, souvent, il n'y a plus que des granulations qui, dans quelques cas, constituent une sorte d'émulsion dans laquelle nous avons une fois constaté la présence de cristaux de cholestérine (pl. I, fig. 5").

Au résumé, les tumeurs gommeuses du foie sont pour ainsi dire composées de deux parties : l'une centrale ordinairement jaunâtre, qui subit toute la série de métamorphoses propres à ces néoplasmes que j'appelle volontiers mort-nés; l'autre, périphérique, grisâtre, résistante, fibreuse, continue de vivre, se comporte à la façon des tissus de cicatrice, et contribue sans doute à favoriser la résorption des éléments métamorphosés. Ainsi s'expliquent les nombreuses variétés de ces tumeurs, la possibilité de leur disparition complète, la rétraction et les dépressions profondes, et enfin la déformation si caractéristique du foie au niveau du point où elles ont primitivement existé. Sans doute, il est difficile de préciser le temps que mettent ces produits à parcourir les diverses phases de leur évolution ; mais ce temps ne semble pas devoir être très-long, car si nous nous en tenions à quelques faits

par nous observés, il ne dépasserait pas toujours une année. Il est des cas toutefois où, en vertu de circonstances particulières, ces néoplasmes sont envahis, ainsi que la plupart des tissus fibreux de nouvelle formation, par des sels calcaires, et subissent une véritable pétrification. Dans l'un des faits relatés plus loin, on trouvera un exemple de cette modification des tumeurs gommeuses; le carbonate de chaux y était abondant. On conçoit qu'alors la résorption n'est plus possible, et que le produit calcifié doit séjourner indéfiniment dans l'organe affecté. Telle est évidemment l'origine et tel est le mode de formation de quelques-unes au moins de ces concrétions pierreuses trouvées dans le foie par quelques auteurs (1), et qui, au dire de Mérat, sont ordinairement enveloppées d'un kyste fibreux.

Longtemps l'altération qui nous occupe fut confondue avec le tubercule et le cancer du foie. Oppolzer et Bockdalek considérèrent comme des cancers guéris les nodosités gommeuses et les dépressions cicatricielles qui leur succèdent, jusqu'au moment où Dittrich de Prague parvint à démontrer leur origine syphilitique en se servant des préparations anatomiques et des observations de ces mêmes auteurs.

Au reste, des caractères tranchés séparent ces deux ordres d'altération. Nous avons dit que le foie cancéreux n'avait pas, avec les organes voisins, les mêmes adhérences que le foie syphilitique. S'il est déformé par les bosselures dues à la saillie des tumeurs cancéreuses, il n'offre pas en général de cicatrices, ni dans sa profondeur ni à sa surface. La tumeur cancéreuse diffère, en outre, manifestement des nodosités syphilitiques du foie : enveloppée par le tissu même de l'organe, elle n'est pas, comme la gomme, circonscrite par une zone fibreuse, épaisse, grisâtre ; elle affecte en outre dans bon nombre de cas une forme marronnée avec dépression centrale, et ainsi elle se distingue de la tumeur globuleuse syphilitique ; de plus elle est très-vasculaire, quand cette dernière l'est à peine. Ces différences appartiennent d'une façon plus spéciale aux cancers mixtes ou bien à ceux qui ont leur point de départ dans une modification de la substance conjonctive. Le cancer épithélial, même lorsqu'il se présente sous forme de masses arrondies, globuleuses, un peu molles ou enkystées, se reconnaît facilement par la nature des éléments qui entrent dans sa composition (épithéliums cylindriques).

(1) Morgagni, *Epist.* XXXVIII, n° 52. — Bianchi, p. 56; *Compendium de médecine*, p. 101.

Les tubercules du foie, tellement rares chez l'adulte que Cruveilhier ne les a jamais rencontrés dans les nombreux cas de phthisie pulmonaire et de phthisie abdominale qu'il a eu occasion d'examiner, se rencontrent quelquefois chez l'enfant. Ils se montrent sous deux aspects différents : tantôt ce sont des granulations miliaires grisâtres et transparentes, d'autres fois des noyaux jaunâtres du volume d'une lentille ou d'un pois ; mais il est ordinairement facile de les distinguer des tumeurs gommeuses par leur coexistence habituelle avec des lésions de même nature dans d'autres viscères et principalement dans les poumons. Pour ce qui est des masses tuberculeuses non syphilitiques que l'on a voulu voir dans le foie, il faut avouer que leur existence est tout au moins fort douteuse, et on se demande si elles n'ont pas donné lieu à une erreur. Parmi les rares observations que nous connaissons à ce sujet, il en est une que rapportent Rilliet et Barthez (1), où, en l'absence même des antécédents syphilitiques, les bosselures du foie, la réduction du volume de cet organe, les lésions celluleuses de sa surface sont autant de caractères qui nous paraissent plaider en faveur d'une affection plutôt syphilitique que tuberculeuse. C'est à plus forte raison à une affection de même origine qu'il faut encore rapporter un fait publié par la *Gazette des hôpitaux* (2), sous le titre de tuberculisation avec ratatinement cirrhotique du foie : les irrégularités, les brides, les bandes fibreuses, les bosselures signalées à la surface de l'organe, les masses tuberculeuses groupées en un point, sont, en effet, autant de caractères que nous retrouvons dans la plupart de nos observations où une origine syphilitique est à l'abri de toute contestation. Resterait à séparer des gommes syphilitiques les tumeurs fibreuses du foie ; mais ces tumeurs sont en réalité fort rares : dans le seul fait qui ait passé sous nos yeux, il existait dans l'épaisseur de l'organe une énorme masse fibreuse encroûtée de sels calcaires, et dans le voisinage des tumeurs plus petites, mais néanmoins différentes des gommes par leur coloration uniforme, grisâtre ou rosée, par leur vascularité et le développement partout égal de leurs éléments.

(1) *Traité des malad. des enfants*, t. III, 2e édit., 1853, p. 846.
(2) *Gaz. des hôpitaux*, n° 17, 10 février 1863.

Chancre, il y a huit ans; amaurose, accès épileptiformes; contractures avec semi-paralysie du bras et de la jambe gauches. — Après un dernier accès, coma. — Mort. — Autopsie. — Kyste séreux du lobe antérieur droit. — Atrophie des corps genouillés et des bandelettes optiques.— Atrophie du pédoncule cérébral gauche et de la pyramide correspondante; même lésion du faisceau médullaire du côté opposé. — Cicatrices à la surface du foie, tumeurs gommeuses de cet organe.

Obs. XXX. — B..., âgé de 38 ans, journalier, entre à l'hôpital de la Pitié, le 14 novembre 1861, dans le service de M. Becquerel, suppléé par M. le docteur Triboulet, à l'obligeance duquel je dois l'histoire de ce malade, à part toutefois quelques détails anatomiques et microscopiques qu'il m'a été permis de voir moi-même.

C'est un homme fort et d'apparence robuste, il est maigre, sa peau a une teinte bronzée, un peu terreuse. Il eut, il y a environ huit ans, à la rainure du gland et du prépuce, un chancre dont on voit encore la cicatrice. On ne sait pas s'il y a eu des accidents secondaires; mais un an environ après l'accident primitif, le malade, dont les souvenirs sont un peu vagues, paraît avoir été pris presque en même temps d'amaurose, de contracture, et aussi très-probablement d'accidents épileptiformes. Il fut alors placé au dépôt de mendicité de Saint-Denis, où on le considéra comme épileptique, ce qui veut dire qu'il a eu plusieurs fois des symptômes épileptiformes; les renseignements fournis à M. Triboulet n'ont jamais pu lui faire découvrir l'existence de symptômes apoplectiques antérieurs.

Au moment de son entrée, ce malade a l'avant-bras fléchi sur le bras et tenu tel par une contracture marquée du biceps; cette contracture, qu'il est possible de vaincre, se reproduit aussitôt. Le pied gauche est aussi étendu et renversé en dehors, le tendon d'Achille fait relief en corde; pas de contracture des doigts et des orteils; du reste, pas de paralysie complète, car le malade peut remuer et porter en divers sens le bras, les doigts et même le membre inférieur; la contracture l'empêche seulement d'en faire usage. Les membres ont conservé leur aspect normal, à part peut-être une légère atrophie; la sensibilité y est intacte, l'exploration à la pression des nerfs de ces membres reste indolente. Les sens spéciaux sont intacts, sauf la vue; le malade ne distingue pas le jour de la nuit, il a les yeux fixes de l'amaurose, les pupilles dilatées; par moments ses yeux sont agités d'un nystagmus violent, et en général ils ont de la tendance à se porter tous deux à gauche; les deux axes visuels restent parallèles; il n'y a par conséquent pas de strabisme. Intelligence absolument saine, le malade entend, comprend, répond à propos; il ne fait aucun acte extravagant, seulement son moral est chagrin, et il parle de sa mort comme d'un débarras prochain; il accuse une céphalée frontale, mais peu intense et n'ayant rien de spécial.

Sa santé générale est troublée depuis dix ou quinze jours, il a perdu l'ap-

pétit, sa langue est couverte d'un fort enduit jaunâtre, il a mauvaise bouche ; du reste, le ventre est souple, indolent, les selles libres; les urines, volontaires et faciles, ont un fort sédiment briqueté que l'acide nitrique dissout. Il semble y avoir un mouvement fébrile qui redouble la nuit; sueurs au matin.

Rien dans les centres vasculaires, rien dans l'appareil respiratoire; tout se borne à deux ordres de faits :

1° Symptômes anciens consistant en une amaurose complète et une contracture avec semi-paralysie du bras et de la jambe gauches ; 2° accidents fébriles aigus, à redoublement le soir, datant de dix à quinze jours. Au milieu de cet examen nous trouvons au niveau de l'articulation cléido-sternale une ulcération cutanée à bords abrupts, à fond grisâtre, vraie apparence de gomme syphilitique ulcérée; l'os n'est pas à nu; cette circonstance se rapproche d'une alopécie très-marquée, l'oreiller est semé de cheveux du malade; celui-ci est laissé quelques jours à un traitement expectant pour permettre de l'observer. — Lavement miellé, sinapisme ; chicorée miellée, bouillons et potages.

Le 17. — Ce matin, pour la première fois depuis son arrivée, le malade nous dit avoir bien souffert de la tête ; au front, il a éprouvé du côté gauche des douleurs qu'il compare à une sensation de bêtes qui le rongeraient. Il est moins souffrant le jour suivant, il a la peau chaude et suante, le pouls ample, à 100 pulsations, la langue chargée d'un épais enduit jaunâtre et tremblotante, mais droite. — Émétique.

Le 19. — Peu de vomissements, fortes selles; le malade souffre moins la nuit qu'hier; les voisins remarquent qu'il parle haut dans son sommeil.

Le matin, à la visite, coma avec trismus, face vultueuse, nystagmus violent; il est probable qu'il a eu une attaque d'épilepsie avant notre arrivée.

Le 21. — Les attaques d'épilepsie sont demeurées rapides, fréquentes, coup sur coup, allant jusqu'à une asphyxie presque complète; le malade demeure ainsi plus de quarante-huit heures sans connaissance, et enfin il succombe au milieu de cet état.

A l'ouverture du crâne, au moment où on arrache la calotte après l'avoir cassée avec le marteau comme d'habitude, on voit se répandre avec une sorte de jet, comme par rupture, une certaine quantité de liquide; alors on s'aperçoit que la partie antérieure de l'hémisphère droit est affaissée et fortement déprimée à ce niveau. Pour tirer l'encéphale de la cavité crânienne, on incise la dure-mère sur le côté du sinus longitudinal d'avant en arrière; du côté gauche cette manœuvre est facile, mais à droite elle est seulement possible en arrière, car au niveau du lobe antérieur la dure-mère adhère, et il faut écarter l'incision en dehors pour arriver à la détacher de la convexité de l'hémisphère; on en laisse une partie attachée à l'endroit où devrait être le lobe antérieur; cette partie affaissée semble former la paroi supérieure d'une espèce de foyer qui remplace le lobe antérieur et qui s'est vidé.

Une fente faite sur cette paroi fait reconnaître qu'en effet on tombe dans une excavation qui a détruit tout le lobe antérieur.

Cette excavation a pour limite supérieure antérieure interne et externe la dure-mère doublée à peine d'une mince couche de substance grise; en bas il reste une plus grande quantité de pulpe nerveuse; en arrière il semble qu'il n'y ait aucune cloison de séparation avec le ventricule, mais comme celui-ci n'était ni dilaté ni rempli de liquide, il est évident qu'il devait y avoir une cloison intermédiaire, sans doute une cloison séreuse; du reste, une partie de la paroi postérieure du foyer est fermée par la substance de l'hémisphère qui n'est altérée, ni de couleur, ni de consistance, et semble seulement luisante, comme si une sorte de séreuse kystique la revêtait. Il est d'ailleurs facile de voir que le foyer ainsi substitué au lobe antérieur était un kyste séreux; il y a encore un endroit où il reste de la sérosité enveloppée dans un feuillet séreux transparent; ce liquide est citrin et a toutes les apparences de la sérosité limpide ordinaire; aucune trace d'échinocoques. Sur la limite interne et supérieure du foyer, il y a au dedans et au-dessous du ventricule une sorte d'enfoncement qui semble former une arrière-cavité en kyste; cet enfoncement, également doublé de substance cérébrale, est revêtu d'une sorte de feuillet séreux; il semble qu'on ait là une idée élémentaire de la manière dont le foyer a dû se développer en refoulant, en écartant, en atrophiant la substance encéphalique sans l'éroder.

Le ventricule est sain, indépendant du foyer, le septum lucidum est seulement un peu refoulé en dedans; le corps strié, la couche optique de ce côté, sont intacts. Renversant alors l'encéphale pour le regarder par sa base, on reconnaît que le chiasma et les bandelettes optiques sont réduits à une espèce de bandelette étroite, grisâtre, mince, ressemblant au premier abord à un vaisseau vide et affaissé; il y a atrophie évidente de ces bandelettes et du chiasma. Les tubercules quadrijumeaux sont petits, les corps genouillés ont à peu près le même aspect, de part et d'autre ils sont peu saillants. On est frappé d'une atrophie relative du pédoncule cérébral droit, qui a près d'un tiers de volume de moins que le gauche; la protubérance est moins saillante à droite, la pyramide du même côté est très-manifestement plus petite que celle de gauche; du reste, ces parties semblent avoir leur consistance normale.

Le faisceau médullaire antérieur du côté gauche paraît plus petit que son congénère. Le reste de l'encéphale est sain, la substance grise est partout rouge violacé, ce qui résulte de l'asphyxie ultime. Ainsi, kyste séreux du lobe antérieur, atrophie des bandelettes optiques, des corps genouillés, du pédoncule et de la pyramide du côté droit et de la partie supérieure du faisceau médullaire gauche.

La moelle n'est pas examinée dans le reste de son étendue.

Thorax. — Les poumons sont sains, ils offrent seulement quelques adhérences; on y trouve un grand nombre de petits points hémorrhagiques, disséminés dans le parenchyme, mais siégeant surtout dans les lobes infé-

rieurs. Ils sont au nombre de 20 à 25 dans chaque poumon, d'un volume un peu plus considérable que celui d'une lentille ou d'un pois. Ces points sont légèrement granuleux à la coupe. Le cœur est sain ainsi que les vaisseaux; on trouve sur l'aorte plusieurs taches jaunes. Dans le cœur droit il y a un caillot mince fibrineux.

Abdomen. — Les testicules, la vessie, le pancréas sont sains. La rate a de 12 à 14 centimètres de longueur; son épaisseur est augmentée dans la même proportion; à la coupe elle ne paraît pas sensiblement altérée. Son tissu est brunâtre, d'une consistance normale. Quelques ganglions mésentériques sont volumineux et altérés. Dans les reins on trouve de petits kystes pouvant contenir un pois.

Le foie est l'organe qui offre la lésion la plus caractéristique : sa largeur est de 25 centimètres, sa hauteur de 16 centimètres à droite, de 14 centimèt. à gauche; sa coloration est d'un rouge assez intense, et uniforme avec quelques petites taches violacées au niveau des scissures, et plus particulièrement de celle qui correspond aux tumeurs gommeuses. La face inférieure ne présente rien de particulier quant à sa coloration. On y trouve deux sillons en scissures longitudinales, l'une au niveau du petit lobe, l'autre sur le lobe droit; l'une et l'autre sont très-enfoncées; elles commencent au bord adhérent pour se terminer à 3 cent. du bord libre. De ces scissures en partent d'autres : l'une d'elles a un centimètre de profondeur; elle part de la scissure droite, contourne le bord droit du foie et va se terminer sur la face convexe. Le fond de chacune de ces scissures offre une coloration un peu plus jaunâtre que le reste de l'organe; sur un autre point de la face inférieure du lobe gauche se trouve une autre scissure sous forme d'étoile à trois branches et en tout analogue à celles que nous allons trouver sur la surface convexe. Sur cette dernière se voit, vers la partie moyenne du lobe droit, une étoile à trois branches, formant des sillons profonds, dont les bords sont réunis par des tractus fibreux; chacune de ces branches a de 1 à 3 centimètres.

Sur le lobe gauche, à côté du ligament suspenseur, se trouve une dépression qui lui adhère à l'aide d'une fausse membrane. Sur ce même bord existent encore d'autres petits sillons, moins profonds que les précédents; mais on y voit, en outre, une tache bleuâtre violacée, et une coupe faite à son niveau découvre, dans l'épaisseur du parenchyme hépatique, trois tumeurs blanches, du volume d'un noyau de cerise ou d'une noisette, de la consistance du fromage mou (pl. I, fig. 3). Ces tumeurs sont séparées du parenchyme hépatique par un tissu conjonctif grisâtre; ce même tissu se trouve interposé entre chacune d'elles, où il est d'une coloration légèrement jaunâtre, très-résistant et criant sous le scalpel.

Examen microscopique. — *Encéphale.* — La membrane grisâtre rosée qui occupe le lobe antérieur droit du cerveau est constituée par un tissu conjonctif vasculaire à fibres très-fines, au milieu desquelles se rencontrent quelques éléments nucléaires et des granulations protéiques et graisseuses sans la moindre trace d'hématine; au voisinage existent des

fragments de fibres et des cellules nerveuses altérées. La substance grise des circonvolutions enveloppant une grande partie de cette production, il y a lieu de supposer que son siége primitif a été la substance blanche, et probablement la partie centrale du lobe antérieur. Les fibres nerveuses au niveau des pyramides sont atrophiées, grisâtres, un peu granuleuses. Dans les bandelettes optiques, globules granuleux, atrophie et brisures des fibres nerveuses ; épaississement de la trame de substance conjonctive des nerfs optiques, altération des fibres nerveuses.

Tumeurs gommeuses du foie. Ces tumeurs sont dans un état de ramollissement avancé, la moindre pression à l'aide d'une pince les pénètre facilement ; assez molles vers leur partie centrale, elles sont composées presque exclusivement de granulations albuminoïdes ou graisseuses vers leur partie moyenne, de noyaux granuleux, les uns sphériques, les autres ovoïdes ou elliptiques ; à leur périphérie enfin existent une trame fibroïde, de la matière amorphe et des granulations en moindre abondance.

Ces productions sont séparées et circonscrites par un tissu conjonctif assez fin au milieu duquel se retrouvent encore des granulations graisseuses ; parmi les cellules hépatiques du voisinage, les unes sont atrophiées, les autres sont augmentées de volume et remplies de granulations graisseuses. Dans les autres points de l'organe, les cellules hépatiques renferment également beaucoup de graisse, partout la trame fibreuse est épaissie (1).

Les tumeurs gommeuses présentent dans certains cas un volume plus considérable que dans le cas précédent (voyez pl. I, fig. 4). Par contre, d'autres fois, elles ne dépassent pas le volume d'un grain de millet.

Chez une femme syphilitique observée par Dittrich, il y avait dans toute l'étendue des deux lobes du foie, vers la surface et dans la profondeur, en partie au voisinage des ramifications de la veine porte, en partie loin d'elles, des nœuds ou noyaux du volume d'un grain de millet ou d'un pois, ronds, gris, non énucléables, qui consistaient en une fibrure organisée plus ou moins dure, çà et là moléculaire. Les plus volumineux des noyaux avaient au centre une consistance molle, quelques-uns présentaient la métamorphose purulente (2).

Nous savons maintenant ce qu'il faut penser de cette prétendue métamorphose des gommes en pus ; inutile d'y insister de nouveau. L'observation suivante, qui vient encore nous renseigner sur les caractères propres à ces tumeurs, nous montre leur coexistence avec d'autres lésions de même nature.

(1) Ce fait a déjà été publié ; voir notre Mémoire sur *l'Amaurose liée à la dégénération secondaire des nerfs optiques* (*Archives de médecine*, janvier 1864).

(2) Comparez E. Wagner, *Archiv der Heilkunde*.

Tumeurs gommeuses du foie et des testicules. — Lésions des reins. Albuminurie.

Obs. XXXI. — Le nommé B..., âgé de 59 ans, opticien, ancien militaire, habita autrefois l'Afrique, où il contracta un chancre et fut atteint de fièvre intermittente. D'une taille ordinaire et d'une constitution moyenne, cet homme a depuis cette époque joui d'une santé passable (il est difficile de savoir d'une façon positive s'il a présenté des accidents de syphilis constitutionnelle). Entré à l'Hôtel-Dieu le 4 avril 1863, il accuse de l'œdème aux membres inférieurs, une faiblesse et un amaigrissement progressifs. Les urines examinées à l'aide des réactifs sont fortement albumineuses. Peu de temps après, l'abdomen se développe, survient une ascite qui prend bientôt des proportions considérables, sans que le foie paraisse sensiblement modifié dans son volume ; le trouble des fonctions digestives qui a commencé avec la maladie persiste, à la perte de l'appétit s'ajoutent, dans les derniers temps, de la diarrhée et des vomissements liquides brunâtres, peu différents des vomissements noirs propres au cancer de l'estomac. L'œdème des membres inférieurs augmente et la peau distendue se gangrène par places. L'amaigrissement continue, le marasme succède à la faiblesse et la mort arrive le 25 mai.

Autopsie. — Il n'existe sur aucune partie du corps de cicatrices bien manifestes. Le cerveau et ses membranes sont sains. Les poumons présentent à leurs sommets quelques rares masses tuberculeuses du volume d'une petite cerise. — Le cœur est intact. Plusieurs litres de sérosité s'échappent de la cavité péritonéale. Le foie adhère sur quelques points au diaphragme à l'aide de fausses membranes épaisses et résistantes, son volume est un peu exagéré ; à quelques centimètres du bord inférieur, à droite du ligament suspenseur, existent deux cicatrices froncées, infundibuliformes, et vers la moitié supérieure du lobe droit on constate un léger renflement. A ce même niveau, après le décollement du diaphragme, on aperçoit quelques petites tumeurs jaunâtres, légèrement saillantes. A la coupe de l'organe on découvre un plus grand nombre de ces tumeurs qui sont les unes isolées, les autres agglomérées : les premières sont manifestement enveloppées d'une coque fibreuse grisâtre, de laquelle elles sont susceptibles d'être énucléées ; les secondes sont plongées au milieu d'un tissu fibreux dur, résistant, légèrement blanchâtre. Irrégulièrement arrondies, du volume d'un noyau de cerise ou d'une noix, elles sont fermes, légèrement saillantes au-dessus du tissu qui les environne, dépressibles sous le doigt, élastiques et très-peu friables. Leur coloration est d'un ton blanc jaunâtre, parsemé de taches jaunes (pl. I, fig. 4). Il n'existe aucune tumeur semblable dans le lobe gauche. Un tissu fibreux parsemé de noyaux et de nombreuses granulations, telle est la composition des tumeurs du lobe droit.

La rate est très-volumineuse, d'une longueur de 24 centimètres ; elle a sa capsule épaissie, et à la coupe elle offre une apparence charnue.

Les reins paraissent augmentés de volume, leur surface régulière est d'un bleu jaunâtre; la couche de substance corticale est très-épaisse et d'une coloration jaunâtre et brunâtre. État granuleux et destruction d'un grand nombre des cellules épithéliales des tubuli, dégénérescence amyloïde légère.

Les ganglions mésentériques sont volumineux, indurés et d'une teinte bleuâtre (dégénérescence amyloïde).

Des adhérences fibreuses et difficiles à rompre unissent la tunique albuginée avec la tunique vaginale. Les testicules ont conservé un volume assez normal; toutefois le gauche est un peu plus petit que le droit. A la coupe, ces organes résistent et crient légèrement sous le scalpel. Ils représentent assez bien deux tumeurs fibreuses, tant par leur consistance que par leur structure qui est presque entièrement constituée de tissu fibreux, et tellement qu'on y trouve à peine quelques canalicules spermatiques. Au milieu de la masse fibreuse du testicule droit sont deux petits nodules très-fermes, légèrement jaunâtres et d'apparence gommeuse.

A côté des observations précédentes, exemples de tumeurs gommeuses à l'état de crudité ou de ramollissement, relatons et signalons maintenant quelques faits destinés à nous faire connaître ces mêmes altérations en voie de résorption ou déjà résorbées.

Cachexie. — Cicatrices et tumeurs gommeuses du foie. — Lésions de la rate et des reins.

Obs. XXXII. — Meyer, âgée de 30 ans, piqueuse de bottines, entre à l'hôpital de la Pitié, le 29 octobre 1860.

Elle porte quelques cicatrices blanches au niveau des clavicules, et convient d'avoir eu autrefois une maladie vénérienne; toutefois, elle donne des détails peu précis sur ce qui a pu lui arriver ; elle est amaigrie et cachectique. Sa santé est mauvaise depuis un an, elle se voit dépérir depuis cette époque. Elle entre à l'hôpital après une chute qu'elle a faite et qui paraît avoir été précédée de vertiges. Les membres inférieurs sont œdématiés, il n'existe pas de lésions matérielles appréciables aux sens ; cependant, vu l'état de détérioration de l'organisme et l'existence de quelques vomissements, on pense à un cancer de l'estomac. La mort survient quelques jours plus tard.

Autopsie. — Le cerveau n'est pas examiné, les poumons sont simplement œdématiés.— Le cœur est petit mais sain, plusieurs ganglions thoraciques sont volumineux et non tuberculeux.

Le lobe droit du foie est petit, déformé surtout vers sa partie moyenne et vers son bord inférieur au voisinage de la vésicule biliaire. En effet, là existent des dépressions cicatricielles très-profondes, et la substance hépatique s'y trouve remplacée par du tissu fibreux; à quelques millimètres du fond des dépressions du lobe droit existent plusieurs tumeurs d'une coloration blanche ou jaunâtre, du volume d'un noyau de cerise ou d'une

noisette, assez facilement énucléables et enveloppées d'un tissu fibreux, grisâtre et vasculaire. Chacune de ces tumeurs est composée d'une trame fibroïde, de nombreuses granulations protéiques et graisseuses, et de noyaux granuleux et déformés. On rencontre de plus, à la surface du foie, quelques sillons, sans qu'il y ait de tumeur sous-jacente; taches jaunes, aspect lardacé de quelques parties du parenchyme. Les cellules hépatiques qui avoisinent les tumeurs ont disparu, sinon elles sont petites et granuleuses ; la plupart des autres sont dans un état de dégénération graisseuse avancée.

La rate est doublée de volume, sa capsule fibreuse est très-épaissie. — Les reins sont petits, on y remarque une trame fibroïde abondante et granuleuse qui pâlit sous l'influence de l'acide acétique, et paraît composée de corps fusiformes adaptés les uns aux autres. Les épithéliums des canalicules sont dégénérés sur plusieurs points. Augmentation de volume et induration de l'une des capsules surrénales. Altération de plusieurs des ganglions prévertébraux.

Tube digestif sain, organes génitaux peu altérés.

L'observation 69e de l'ouvrage de Frerichs fait mention de l'existence d'une lésion hépatique ayant avec celle qui précède la plus grande analogie. L'un des faits rapportés par Virchow note aussi une semblable altération. Dans l'observation suivante, on trouve encore une altération pour ainsi dire identique et que nous n'hésitons pas à rattacher à la syphilis, malgré l'absence positive d'antécédents vénériens; mais il est vrai de dire que le malade ne fut point interrogé à ce point de vue, et qu'il succomba le lendemain de son entrée à l'hôpital.

Dépôt gommeux avec déformation considérable du lobe droit du foie, dégénérescence cireuse du lobe gauche. — Cicatrices pulmonaires. — Tumeurs gommeuses du diaphragme.

Obs. XXXIII.—Le nommé Corne, âgé de 56 ans, tisserand, entre à l'Hôtel-Dieu, salle Ste-Jeanne, le 15 juillet 1862. C'est un homme bien constitué, grand, d'apparence assez robuste, qui, depuis bientôt un an, se voit dépérir. Aujourd'hui il est maigre, cachectique et dans un état de grande faiblesse ; sa physionomie manque d'expression, sa peau est terreuse, jaunâtre, ses jambes sont œdématiées, son habitude extérieure dénote une maladie déjà longue et un état très-grave. Cependant, quand on l'examine, on ne trouve pas dans ses organes la lésion tuberculeuse ou cancéreuse qu'on est tout d'abord tenté d'y supposer. A l'auscultation, on entend bien à la vérité un souffle très-limité au sommet du poumon droit, et en ce même point on constate de la submatité à la percussion; mais ces signes ne sont pas suffisants pour rendre compte du dépérissement graduel du malade. Le cœur

paraît normal. La cavité abdominale ne renferme aucun épanchement séreux, mais cependant le foie n'a pas sa forme ordinaire. Vient-on à palper cet organe, on reconnaît que son lobe droit descend très-bas et atteint la ligne ombilicale; cherche-t-on le lobe gauche, on ne parvient pas à le rencontrer sous la main. Il semble que cet organe ait perdu en largeur ce qu'il a gagné en longueur; on cesse, en effet, de le suivre à partir du bord droit du muscle grand droit abdominal, comme s'il avait subi à ce niveau une section dans le sens de sa hauteur. Rien de particulier du côté de la rate et des reins. Le diagnostic n'était pas sans difficultés, on put croire après un premier examen qu'il s'agissait dans ce cas d'une simple tuberculisation. Ce diagnostic toutefois ne paraissait pas suffisant, et j'avoue que le peu de concordance entre la lésion pulmonaire et la cachexie, et l'existence d'un foie aussi manifestement déformé, me firent pencher pour une maladie syphilitique; malheureusement le malade ne pouvait donner aucun renseignement précis; le lendemain de son entrée il se plaint d'une constriction et d'une gêne épigastrique, et puis il succombe peu d'instants après.

Nécropsie. — Il n'existe aucune lésion cutanée, l'œdème des membres inférieurs résiste à la pression du doigt.

Les os du crâne ont leur épaisseur normale, ils adhèrent assez fortement au péricrâne. La dure-mère et le cerveau n'offrent aucune lésion appréciable à la simple vue. — Au sommet du poumon droit et vers la partie moyenne et inférieure de ce même organe, on constate de petites dépressions, les unes étoilées, les autres rayonnées. Ce sont là, si on veut, des cicatrices dues, non pas à une solution de continuité, mais à la résorption d'un produit superficiellement situé au niveau de la dépression cicatricielle du sommet.

Le parenchyme pulmonaire est plus ferme, et présente au milieu d'un tissu grisâtre, induré, une substance blanche, analogue à du fromage ou à du mastic, et une petite excavation. Nulle part dans le voisinage il n'existe la moindre trace de granulations tuberculeuses. — La cicatrice du lobe moyen a la forme d'une étoile à trois branches, et elle présente à la coupe une ligne blanchâtre, entourée d'une substance noirâtre, laquelle se prolonge profondément dans le parenchyme de l'organe. La dépression du lobe inférieur offre la plus grande analogie avec la précédente, mais il existe en outre une adhérence intime de la base du lobe droit à la face supérieure correspondante du diaphragme. Ce muscle d'ailleurs est le siége d'un épaississement qui ne tient nullement à une production pseudo-membraneuse, mais bien à la présence dans son épaisseur de petites tumeurs du volume d'un pois, blanchâtres et ramollies; il a de plus une structure presque entièrement fibreuse dans des points où normalement existe un tissu musculaire, il adhère intimement à la face convexe du foie, et de cette disposition résulteraient sans doute la gêne épigastrique et la dyspnée accusées durant la vie du malade.

Enlevé de la cavité abdominale, le foie offre une configuration qui le

rend presque méconnaissable : le lobe droit existe à peine, et ce qu'il en reste est presque entièrement composé de cicatrices profondes et fibreuses, le parenchyme glandulaire a disparu au point que la vésicule occupe le bord droit de cet organe. Au-dessus de cette vésicule et au voisinage du sillon de la veine cave inférieure, vers la partie moyenne du foie, on constate la présence d'une tumeur intimement adhérente au diaphragme, et constituée par une substance d'un blanc jaunâtre, un peu molle et analogue à du lard rance ou à du suif. Le lobe de Spiegel, augmenté de volume, contient une tumeur arrondie et plus petite, ramollie à son centre et entourée de tissu fibreux grisâtre. Plus volumineuse, l'éminence porte inférieure présente à sa surface une tumeur analogue semée çà et là de petites vacuoles. Dans le sillon du canal veineux on trouve encore au milieu d'un tissu fibreux abondant une nodosité ayant le même aspect. — Le lobe gauche est considérablement augmenté de volume, il offre une pointe très-allongée qui descend à droite jusqu'au niveau de l'ombilic. Quelques sillons s'aperçoivent à sa face inférieure; sa consistance n'a rien de spécial, sa coloration brunâtre est parsemée de taches jaunes (dégénérescence amyloïde).

La rate est hypertrophiée et un peu dure.

Les ganglions mésentériques et ceux de la face inférieure du foie sont volumineux, un peu mous et jaunâtres (altération médullaire de Virchow); les testicules sont petits, atrophiés ; le tube digestif n'est pas altéré, le cerveau et la moelle sont sains.

Le rein droit est petit et réduit d'un tiers environ, la substance corticale atrophiée se confond avec la substance tubuleuse ; le rein gauche, d'un volume assez normal, présente à sa superficie, ainsi que son congénère, de petits nodules du volume d'un pois et quelques dépressions cicatricielles. Un certain nombre de tubuli ont leurs épithéliums granuleux. Le stroma fibreux est plus abondant, et plusieurs des corpuscules de Malpighi sont atrophiés.

L'incertitude qui règne dans quelques-uns des derniers faits, relativement aux antécédents des malades, pourrait peut-être laisser quelque doute sur la nature des lésions trouvées à l'autopsie; mais si l'on remarque qu'aucune cause ne vient expliquer l'état cachectique noté chez les différents sujets, et si surtout l'on tient compte des caractères anatomiques tout particuliers, non-seulement du foie, mais encore des autres organes, on est bien vite convaincu que les renseignements fournis ont été incomplets ou mensongers, et qu'une origine spécifique est parfaitement admissible.

Hâtons-nous d'ajouter que Dittrich, observant les mêmes altérations, n'a pas manqué de leur attribuer une origine syphilitique. Un des exemples qu'il rapporte prouve mieux encore que les nôtres l'énorme

déformation que subit le foie en pareille circonstance. Chez un homme de 50 ans, qui avait des cicatrices dans le pharynx, etc., il trouva le lobe droit du foie remplacé par un tissu cicatriciel adhérant au diaphragme à l'aide de fausses membranes et contenant seulement des canaux vasculaires volumineux : le foie étant ainsi détruit jusqu'au sillon de la vésicule biliaire, le lobe gauche hypertrophié avait pris le volume d'un foie ordinaire, il présentait à la surface de profonds sillons cicatriciels et remplissait l'hypochondre droit.

Ces différents faits nous représentent les tumeurs gommeuses du foie dans leur période d'état, de métamorphose graisseuse et de résorption. On pourra, si on veut compléter le tableau, se reporter à une observation que nous donnerons plus loin, art. VIII, où il est question d'une gomme calcifiée.

Dépressions et cicatrices syphilitiques du foie. — L'un des premiers, Dittrich sut rattacher à leur véritable cause ces vestiges d'altération. Depuis lors, les cicatrices syphilitiques du foie, observées par plusieurs auteurs, ont été, de notre part, à la Société anatomique, l'objet d'une communication qui avait pour but principal de montrer le parti qu'il était possible d'en tirer dans le diagnostic anatomique de la syphilis des viscères. Leur fréquence est telle, en effet, que

Virchow	les a trouvées	5	fois sur	5 cas de syphilis hépatique,
Frerichs	—	4	—	4 cas —
Meyer	—	5	—	8 cas de syphilis cérébrale,

et que sur 22 autopsies de syphilis viscérale, nous les avons notées 14 fois.

Les altérations cicatricielles du foie peuvent se diviser en deux groupes : cicatrices résultant de la résorption de produits gommeux, cicatrices reconnaissant pour cause une hépatite partielle.

En général, lorsqu'elles succèdent aux dépôts gommeux, elles se montrent sous forme de dépressions profondes, irrégulières, au fond desquelles existent un tissu fibreux abondant, des détritus de produits gommeux d'où s'échappent des toiles membraneuses résistantes formant adhérence avec les parties voisines. Elles siégent le plus habituellement vers la partie moyenne du lobe droit qui, parfois, se trouve pour ainsi dire divisé en deux moitiés. Quelquefois on les rencontre au milieu du lobe gauche qui peut être alors réduit à une mince languette fibreuse. Le foie, dans ces conditions, est très-notablement déformé, et on conçoit toute l'importance de cet état au point de vue diagnostique.

Lorsqu'elles sont plutôt le fait d'une hépatite chronique, les cicatrices syphilitiques du foie occupent l'une ou l'autre des deux faces de la glande, mais surtout la face convexe au voisinage du ligament suspenseur; beaucoup plus rarement on les retrouve dans l'épaisseur du parenchyme. Ici, ce sont des tractus fibreux, linéaires ou étoilés, au niveau desquels la surface de seciton présente une légère dépression; là, des dépressions foncées infundibuliformes, plus ou moins profondes, et qu'il est souvent difficile de distinguer des cicatrices provenant de la résorption des tumeurs gommeuses; ailleurs, ce sont des sillons obliques plutôt que parallèles, par rapport au grand axe de l'organe, curvilignes plutôt que rectilignes, et dont les lèvres sont fréquemment réunies par des tractus fibreux.

Une section pratiquée à leur niveau montre que la capsule est blanchâtre et épaissie, et que leur fond se trouve constitué par une trame fibreuse rétractée, des canaux à peu près vides, des détritus de cellules, des granulations ou des globules graisseux. Dans ces circonstances, le foie est ordinairement diminué de volume, à moins d'une dégénérescence amyloïde ou graisseuse. Sur sept cas où nous avons observé la présence de cicatrices hépatiques en l'absence de produits gommeux, trois fois l'organe malade était plus volumineux par suite de l'une ou de l'autre de ces dégénérescences. Dans les autres cas, le volume du foie était peu modifié ou plus petit (voyez p. 323, fig. 1, 2, 3).

Les cicatrices syphilitiques du foie ne seront pas confondues avec la dépression transversale qui, chez la femme, résulte de l'usage abusif du corset; dans ce cas, en effet, la capsule n'offre jamais de tractus fibreux, elle est seulement un peu épaissie. Les dépressions qui succèdent à l'oblitération d'une branche vasculaire, les cicatrices consécutives à un traumatisme, et celles qui résultent de la résorption d'un foyer purulent, ont avec les cicatrices syphilitiques une plus grande analogie. Mais l'atrophie par lésion vasculaire présente une disposition en rapport avec la direction des vaisseaux, la capsule n'est pas épaissie à son niveau. Les cicatrices traumatiques sont au moins fort rares, si toutefois elles existent; d'ailleurs elles seront toujours fort peu nombreuses en raison de la gravité des déchirures du foie. Des auteurs recommandables admettent la possibilité de la cicatrisation des abcès du foie. Dans un fait rapporté par Cambay (1), deux mois

(1) *Maladies des climats chauds*, p. 423.

après la rétrocession des symptômes d'une hépatite confirmée, la malade ayant succombé à une tuberculisation pulmonaire, on trouva sur la face convexe du foie une dépression de l'étendue d'une pièce d'un demi-franc; en ce point, le tissu était blanc et fibreux; plus profondément, il existait un petit dépôt purulent, entouré de substance granulaire, sans la présence duquel il eût peut-être été difficile de différencier cette altération d'une cicatrice syphilitique. Haspel a encore vu, à plusieurs reprises, des cordons blancs étoilés, fibreux, qui lui ont paru représenter le résidu d'abcès dont pendant la vie on avait pu suivre la marche ascendante, puis rétrograde. Mais, dans la supposition d'une interprétation exacte de la part de cet auteur, disons que ces lésions sont en général peu nombreuses, et que, contrairement aux cicatrices syphilitiques, elles siégent plutôt dans la profondeur qu'à la surface de l'organe.

Accidents syphilitiques antérieurs ; carie de l'un des os du pubis ; dépression cicatricielle infundibuliforme à la surface convexe du foie.

Obs. XXXIV. — La femme H..., âgée de 39 ans, anciennement mariée à un garde de Paris, avait présenté antérieurement des accidents syphilitiques, lorsqu'elle entra à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. le professeur Laugier.

Quoique d'une forte constitution, cette malade est, dès son entrée, en proie à un état de dépérissement progressif. Elle accuse des douleurs à la région du foie et dans l'abdomen ; les douleurs hépatiques sont accrues par la pression. Cependant le foie n'est ni augmenté de volume, ni modifié dans sa forme, il déborde à peine le rebord costal. Les douleurs de l'abdomen ont leur maximum d'intensité vers la fosse iliaque du côté gauche. Les fonctions digestives sont peu troublées, l'appétit est presque nul. La respiration et la circulation s'accomplissent normalement. Il existe une légère leucorrhée utérine sans métrorrhagie. Le col utérin est dur, bosselé, irrégulier, normalement ouvert.

Peu de temps après son entrée, cette malade, ayant été prise de vomissements verdâtres, d'accélération du pouls, de fièvre et de douleurs plus violentes du côté de l'abdomen, fut transférée dans une salle de médecine, où elle succomba quelques jours plus tard.

Autopsie. — Quelques adhérences péritonéales dans la fosse iliaque gauche, carie de l'os pubis, suppuration peu abondante dans la gaîne du muscle psoas iliaque. Le col de l'utérus est ramolli, jaunâtre dans une partie de son étendue, et par la pression il s'en échappe un liquide blanchâtre et jusqu'à un certain point analogue au suc cancéreux, bien que la lésion d'où il provient n'ait aucunement l'apparence d'un cancer; ce qui nous porte à soupçonner l'existence d'un exsudat gommeux.

Le foie, d'un volume à peu près normal, offre une coloration jaunâtre, il est gras; sur son lobe droit on aperçoit à quelques centimètres du bord inférieur une ouverture circulaire, ayant environ un centimètre de diamètre, avec bords froncés, plissés et rétractés. Cette ouverture communique avec une excavation large et profonde d'environ 2 centimètres et creusée dans le parenchyme hépatique; les parois de cette excavation sont constituées par un tissu fibreux ou fibroïde, dur et résistant, comme lardacé, et qui, à la coupe, offre des points jaunâtres, formés en grande partie de granulations graisseuses; une matière molle et grisâtre se trouve appliquée aux parois de cette caverne, qui fait corps avec le tissu du foie; on y trouve en grande abondance des granulations graisseuses et protéiques. — Les autres organes sont sains; le cœur est chargé d'une épaisse couche de graisse.

Les diverses altérations dont nous venons de faire l'étude intéressent uniquement la trame de substance conjonctive; c'est au sein de cette trame, en effet, que la syphilis manifeste son action morbide. Cependant les autres tissus qui entrent dans la composition du foie sont loin d'être toujours exempts d'altération. Outre la compression vasculaire qui résulte de la rétraction de certains produits syphilitiques, les branches de la veine porte sont quelquefois obstruées par des productions pseudo-membraneuses ou par des concrétions fibrineuses. Frerichs note déjà cette particularité que nous retrouvons dans l'un de nos faits (obs. XXVIII, p. 322).

A part l'altération que subissent les cellules hépatiques par le fait de la présence des productions syphilitiques, ces éléments sont souvent encore le siége de modifications que plusieurs observateurs ont cru devoir rattacher à la syphilis, et qui, pour cette raison, méritent d'arrêter un instant notre attention.

Dégénérescence amyloïde et graisseuse. — Sur dix-huit cas de syphilis constitutionnelle, Frerichs trouva constamment l'état adipeux du foie à un degré plus ou moins marqué, et deux fois il lui fut possible de démontrer la présence de la matière lardacée. Dans nos faits, ces mêmes lésions sont notées avec une fréquence presque égale; c'est dire qu'elles ne sont pas rares. Accumulation de substances grasses sous forme de granulations et de globules au sein des cellules hépatiques, c'est en quoi consiste l'altération graisseuse du foie. La surface de cet organe est légèrement granulée, sa coloration jaunâtre; son volume est augmenté, tandis que son poids spécifique est diminué. Le foie lardacé est également plus volumineux qu'à l'état normal; dès le début de l'altération on aper-

çoit au milieu des *acini* des taches dont la coloration transparente tranche très-nettement avec la teinte gris mat des bords; aussi la structure acineuse apparaît-elle beaucoup plus évidente. Mouillés avec la solution iodée, les points brillants et transparents se colorent en un rouge intense qui passe au violet, si l'on ajoute de l'acide sulfurique, tandis que le liséré qui les entoure prend seul une teinte jaune pâle. Plus tard, le parenchyme glandulaire présente une surface unie, plate, d'un rouge jaune, un peu brillante; coupé par tranches, il offre un aspect assez semblable à celui du saumon fumé.

Portal d'abord, plus tard Rayer, et dans ces derniers temps Rokitansky, Dittrich, H. Meckel, S. Wilks, Virchow, Frerichs et plusieurs autres auteurs ont rapporté des exemples de la coexistence, avec la syphilis, de cette dégénérescence encore appelée dégénérescence lardacée cérumineuse, cholestérique, cireuse, amylacée; mais tandis que les uns ne voient dans ce fait qu'une coïncidence simple, ou l'action directe du mercure sur le foie, les autres, Graves et Budd sont de ce nombre, attribuent le foie cérumineux à une combinaison de la vérole et de l'hydrargyrie. Quelques-uns enfin, à l'exemple de Frerichs, font de cette altération une forme particulière de la syphilis hépatique. A notre avis, de nouvelles recherches sont nécessaires pour éclaircir ce point; toutefois, le mercure et la syphilis ne paraissent jouer qu'un rôle secondaire dans cette pathogénie. Car, d'une part, la dégénérescence amyloïde se rencontre dans le foie des malades affectés de syphilis sans qu'il y ait eu de traitement mercuriel mis en usage, et elle ne se trouve pas habituellement dans les cas d'intoxication mercurielle chronique. D'autre part, comme, loin d'être spéciale à la syphilis, elle fait partie du cortége d'un grand nombre de maladies chroniques avec marasme et cachexie, il y a tout lieu de croire qu'elle trouve sa raison d'être, non pas dans une maladie particulière, mais dans le trouble nutritif qui accompagne tout un groupe de maladies, et par conséquent elle ne peut être regardée comme une manifestation de la syphilis constitutionnelle au même titre que les altérations gommeuses.

Une dernière modification du foie a encore été observée dans la syphilis constitutionnelle. Connue sous la dénomination d'atrophie jaune aiguë, de ramollissement aigu bilieux, anatomiquement caractérisée par la destruction des cellules hépatiques et symptomatiquement par un ensemble phénoménal désigné sous le nom d'ictère grave,

cette affection, ainsi que nous l'avons dit plus haut, paraît sans liaison étiologique directe avec la syphilis.

Des altérations nombreuses qui ne doivent pas nous occuper ici coexistent souvent avec les lésions syphilitiques du foie. Signalons seulement l'hypertrophie de la rate, des ganglions prévertébraux et iliaques, certaines modifications du parenchyme rénal, et la présence dans la cavité du péritoine d'une sérosité claire, transparente et albumineuse.

Étude symptomatique. — Les symptômes de la syphilis hépatique ne comportent pas nécessairement les divisions que nous avons adoptées dans l'étude des lésions anatomiques, et par conséquent nous nous contenterons, dans le cours d'une exposition collective, de faire remarquer les particularités symptomatiques plus spéciales à chacun des modes anatomiques ci-dessus décrits. Ces symptômes sont les uns physiques, les autres fonctionnels.

Symptômes physiques. — Fournis par la palpation et la percussion, les symptômes physiques constituent les principaux signes de la syphilis hépatique. Le volume du foie dans les faits jusqu'ici observés s'est montré très-variable, rarement normal, le plus souvent augmenté ou diminué. Dans certains cas, où il a été possible de suivre les changements divers subis par cet organe pendant le cours de la maladie, on a constaté qu'à une période d'accroissement avait succédé une période d'atrophie, phénomène facile à expliquer, après l'étude anatomique que nous avons faite, et qui appartient plus particulièrement à l'hépatite interstitielle. Ce serait un tort néanmoins de penser que les choses se passent toujours ainsi ; il n'en est rien, et quelquefois, loin de diminuer de volume à une certaine période, le foie continue de s'accroître par le dépôt incessant d'une plus grande quantité de matières grasses ou de substance amyloïde. A l'augmentation de volume s'associe dans un certain nombre de cas la sensation de saillies, de nodosités ou de bosselures à la surface du foie. Cette sensation, très-analogue à celle que détermine la présence des masses cancéreuses, se distingue pour le doigt qui explore par ce caractère que la dureté est plus grande et la tumeur mieux circonscrite. Malgré l'hypertrophie et les irrégularités de la surface, la glande hépatique peut conserver sa forme. Mais souvent, à une période déjà avancée de l'évolution morbide, le foie est notablement déformé. Tantôt le gros lobe hypertrophié descend jusqu'à l'ombilic, et donne à la percussion une

matité dans tout l'hypochondre, à droite de la ligne blanche, tandis qu'à gauche le petit lobe se trouve réduit à une mince languette ; tantôt le lobe droit en partie détruit descend moins bas que le gauche ; tantôt enfin on sent au niveau du bord libre des scissures ou des dépressions profondes qui rendent ce bord inégal, bosselé et tout à fait irrégulier. Toutes ces nuances, qu'une percussion bien entendue et que la palpation surtout permettent d'apprécier le plus souvent avec exactitude, sont pour ainsi dire spéciales à la syphilis. Il est peu de maladies, en effet, dans lesquelles se rencontre une telle déformation de l'organe hépatique, car même dans la cirrhose non syphilitique et le cancer, le foie atrophié ou hypertrophié conserve toujours une proportion à peu près égale entre ses lobes. Aussi la déformation dont il s'agit nous a-t-elle toujours utilement servi pour le diagnostic, et elle est véritablement caractéristique dans l'espèce. Outre ces changements, il est parfois possible de reconnaître que le mouvement de glissement de la paroi abdominale sur le foie n'a plus lieu pendant la respiration, la main qui palpe sent immédiatement la glande sous cette paroi immobile, et peut même avoir la sensation des adhérences qui l'accolent au foie.

Symptômes fonctionnels. — Ces symptômes font presque entièrement défaut dans quelques cas, en sorte que si on néglige l'exploration physique, on est parfois tout étonné à la mort de trouver des lésions anatomiques dont on était loin de se douter pendant la vie. Pourtant, il n'en est pas généralement ainsi, et les lésions syphilitiques du foie déterminent des troubles qui, pris isolément ou considérés dans leur ensemble, ne diffèrent pas d'une façon notable de ceux qui appartiennent à toutes les affections hépatiques. L'un des principaux parmi ces symptômes est la douleur : tantôt simple sensation de gêne, de malaise ou de pesanteur, elle est tantôt plus vive, continue, exacerbante ; le plus souvent spontanée, elle est en général exagérée par la palpation et la percussion. Un malade observé par Frerichs souffrit d'une manière incessante pendant trois mois ; un autre eut des intermissions qui durèrent environ une semaine, après lesquelles survinrent des exacerbations accompagnées d'une fièvre légère. Plus facile à provoquer au niveau des tumeurs quand il s'en rencontre, la douleur n'est pas un symptôme constant ; d'ailleurs elle n'a pas la même intensité dans tout le cours de la maladie. On peut établir qu'elle manque dans la dernière période. On n'a pas, que nous sa

chions, observé son irradiation du côté de l'épaule ou de toute autre partie du corps.

L'ascite est un autre symptôme non moins important; elle s'observe avec nos deux formes anatomiques, paraissant toutefois plus intimement liée à l'hépatite interstitielle.

Je ne voudrais pas, avec Schrant (1), prétendre que les malades atteints de syphilis hépatique meurent en général d'hydropisie ; mais je ne dois pas moins reconnaître la fréquence de l'ascite. Il est très-rare, disait Cirillo, de voir mourir dans notre hôpital un hydropique qu'il n'ait aux environs des parties naturelles des cicatrices provenant, ou de bubons, ou de quelques ulcères. Notée par Schutzenberger (2), Virchow, Leudet et beaucoup d'autres observateurs, l'ascite a été observée cinq fois par nous, et, fait digne de remarque, ce symptôme a été trois fois suivi d'une guérison radicale. L'ascite a dans la plupart des cas montré un développement lent et progressif, mais sans que cette circonstance, sur laquelle Gubler et Leudet ont déjà fixé l'attention, puisse beaucoup servir au diagnostic de la maladie. Quelquefois il est arrivé de voir cette hydropisie prendre en quelques jours un accroissement considérable, ce qu'il est facile d'expliquer, par exemple, dans l'hypothèse d'une compression de la veine porte par une tumeur gommeuse. Avec l'ascite coexistent fréquemment des dépôts pseudo-membraneux à la surface du péritoine, et plus particulièrement sur cette portion qui tapisse le foie ou qui occupe la région de l'hypochondre droit. C'est là une circonstance sur laquelle je ne pourrais trop insister, car en la méconnaissant on risquerait de commettre une erreur, et surtout de croire à une péritonite tuberculeuse.

L'ictère est plus rarement observé dans le cours des lésions hépatiques qui nous occupent, quelques faits seulement font mention de ce symptôme. Dans deux cas rapportés par Frerichs, il est la conséquence de la compression des canaux biliaires, une fois par la tuméfaction des glandes lymphatiques, une autre fois par une cicatrice étendue. Dans un troisième cas enfin, c'est à une périhépatite que le même auteur rattache ce phénomène que Biermer et nous-même avons observé dans les mêmes conditions. Ce symptôme est remarquable par une

(1) *Tidjsch. Nederl. Maasch*, 1851, et *Canstatt's Jahrbuch. für Medic.*, 1851, t. 2, p. 34.

(2) *Gaz. hebdomadaire*, 1857, p. 274.

marche lentement progressive, une longue durée et parfois aussi par une grande intensité. Quoique sous la dépendanee d'une lésion matérielle, il se montre parfois, suivant Gubler, Leudet, Virehow et Lebert, plusieurs années avant l'apparition d'aecidents sérieux du eôté de l'organe hépatique. Le fait que voiei en est une preuve :

Deux chancres à l'âge de 24 ans, absence de manifestations cutanées; douleurs ostéocopes, exostose et ictère; périhépatite syphilitique probable; orchite syphilitique.

Obs. XXXV. — B..., 44 ans, entre à l'hôpital de la Pitié, le 16 février 1861, dans le service de M. Gueneau de Mussy. Ce malade n'a aucun antécédent fâcheux dans sa famille. A 14 ans, il a été atteint de variole ; à 24 ans, il contracta une blennorrhagie et deux chancres qui eurent environ quinze jours de durée, il ne s'est jamais aperçu de la moindre éruption cutanée ; à 24 ans, il eut une maladie des yeux, qui dura plus de huit jours, et dernièrement une nouvelle blennorrhagie, qui disparut en moins de dix jours.

C'est un homme d'une taille et d'une force moyennes, il a les cheveux blancs et la barbe grisonnante ; il se dit malade depuis le 4 janvier; à la suite d'un refroidissement il s'est senti fatigué, courbaturé, il perdit l'appétit et fut bientôt dans l'impossibilité de travailler. Cet état de malaise, accompagné de nausées sans vomissement, persista pendant quinze jours. B... reprend ensuite son travail ; mais quinze jours plus tard il est atteint d'un ictère, et peu de temps après il s'aperçoit du gonflement de l'un des testicules ; surviennent ensuite des douleurs intenses dans la tête qui l'engagent à venir à l'hôpital. La peau est d'une teinte ictérique légèrement verdâtre. L'appétit est presque nul, faiblesse et malaise général ; le foie déborde le rebord costal, il semble adhérer intimement au diaphragme ; la rate a son volume normal ; absence de diarrhée; pas d'albumine dans les urines; respiration douteuse au sommet droit, mais sans expectoration sanglante ; cœur sain ; exostose du sommet de la tête ; céphalalgie violente, exacerbations nocturnes ; ganglions durs, isolés, petits et résistants, dans les aines ; l'un des testicules est augmenté de volume, il est piriforme, très-ferme, résistant, élastique sous les doigts qui le pressent ; absence de liquide dans la tunique vaginale, légère irrégularité à la surface de l'organe ; épididyme sain. Cet état persiste jusqu'à ce qu'un traitement spécifique ayant été employé, chacun de ces accidents s'améliora et le malade put quitter l'hôpital. N'ayant pu le voir au moment de sa sortie, il m'est impossible de donner une description détaillée de l'état des organes à cette époque ; mais le point essentiel ici, c'est la modification rapide survenue sous l'influence d'un traitement spécifique.

On peut se demander quelle a été, dans ce eas, la eause de l'ietère... Mais à la vérité, c'est là une question assez peu importante et à la-

quelle il n'est guère possible de donner une réponse positive; il y a lieu de croire cependant à l'une ou à l'autre des altérations signalées par Frerichs (1). Quoi qu'il en soit, ces faits et quelques autres semblables, dans lesquels l'ictère est pour ainsi dire accidentel, nous permettent d'établir la rareté et le peu d'importance de ce phénomène dans l'étude symptomatique de la syphilis hépatique.

Des hémorrhagies diverses peuvent coexister avec l'ascite ou l'ictère, et n'être comme ces derniers accidents qu'un effet de l'altération hépatique. On sait qu'Hippocrate a parlé très-savamment de l'hémorrhagie nasale qui arrive dans le cas d'obstruction du foie et de la rate. Or, cette hémorrhagie s'observe aussi dans le cours des affections syphilitiques du foie. Cirillo déclare que les malades qui ont des obstructions au foie sont fréquemment surpris par un flux hémorrhoïdal, une hémorrhagie de la narine droite, et quelquefois même par un crachement de sang, et d'ailleurs plusieurs des observations rapportées plus loin font mention de ce symptôme.

Des désordres des fonctions digestives se lient fréquemment aux ffections syphilitiques du foie, et, dans certains cas, celles-ci n'ont pas d'autres symptômes, l'ascite et l'ictère faisant complétement défaut. En général, peu marqués dès le début de la lésion hépatique, ces troubles surviennent peu à peu au fur et à mesure de son développement, l'appétit diminue et se perd, la digestion se fait mal, les malades ont des éructations, des vomissements muqueux, mais surtout des évacuations diarrhéiques irrégulières. Sur sept cas que contient le mémoire de Leudet, la diarrhée est notée cinq fois ; le plus souvent séreuses et blanchâtres, les matières rendues sont quelquefois brunâtres ou noirâtres, assez analogues au marc de café, où même dyssentériformes, ainsi que l'a déjà signalé Léonard Botal (2). Assez commun dans le cours des affections hépatiques, ce symptôme, qui peut dépendre d'une modification du liquide sanguin, n'indique pas nécessairement l'existence d'une lésion matérielle de l'intestin ; rarement, en effet, ce viscère est ulcéré dans ces conditions.

En même temps que ces désordres, on observe ordinairement un météorisme plus ou moins prononcé, dû en partie sans doute au dérangement de la fonction biliaire. La dilatation des veines sous-cuta-

(1) Frerichs, *Traité pratique des maladies du foie et des voies biliaires*, 2e édition, Paris, 1866.

(2) *Luis venereæ curandæ ratio, Aphrodisiacus*, p. 891.

nées de l'abdomen n'est manifeste que dans quelques cas où il y a gêne à la circulation de la veine porte. Un amaigrissement progressif et un certain degré d'atrophie musculaire, parfois même un léger abaissement de température, sont des symptômes sur lesquels on ne peut trop insister, et qui souvent se terminent par le marasme et la mort. Plus fréquents avec l'hépatite interstitielle, ils ont leur raison d'être dans l'altération de la sécrétion biliaire et plus encore, dans le dérangement de la fonction glycogénique du foie.

Les fonctions nerveuses et circulatoires s'accomplissent d'ordinaire, à notre avis du moins, normalement, à moins de manifestations morbides du côté des organes qui président à ces fonctions. Il n'en est pas toujours de même des phénomènes respiratoires, dont le jeu dans quelques cas se trouve gêné à la suite des adhérences que contracte le diaphragme avec le foie, même avec la base des poumons. La percussion fait connaître le degré de l'hypertrophie concomitante de la rate, et la palpation permet de reconnaître l'augmentation de volume des ganglions viscéraux. Fréquemment les urines sont albumineuses, et ce symptôme venant s'ajouter à la déformation du foie et au trouble des fonctions hépatiques ne manque pas, ainsi que nous le savons, d'une certaine valeur diagnostique. Rarement les urates y sont en excès.

L'œdème des membres inférieurs s'observe ici comme dans la plupart des cachexies, et l'on voit quelquefois se produire des coagulations sanguines dans les veines. La peau, dans de semblables conditions, n'est pas sans subir des modifications profondes. Sans parler des gommes, des ulcérations ou des cicatrices que l'on peut y rencontrer, disons qu'elle est en général sèche, ridée, remarquable par une teinte plombée, un peu jaunâtre, ou par une coloration bronzée et uniforme.

Les manifestations syphilitiques qui coexistent le plus souvent avec les lésions hépatiques sont des ulcérations ou des cicatrices de la gorge, des gommes du tissu cellulaire sous-cutané, des cicatrices de la peau, des exostoses des os du crâne et de la partie antérieure des tibias.

Marche et terminaison. — La marche de la syphilis hépatique est lente, progressive, insidieuse ou même cachée. On la voit dans quelques cas parcourir toutes ses phases sans donner lieu à des phénomènes bien appréciables ; le défaut de réaction, le petit nombre de

troubles fonctionnels sont en effet des caractères propres aux affections syphilitiques du foie.

En général, ces affections sont longues, à moins que l'extension de l'ascite ou une complication ne vienne terminer la vie. Dans certains cas, elles peuvent exister durant des mois ou même des années sans jeter une perturbation considérable au sein de l'organisme. Le plus souvent, elles finissent par engendrer le marasme et la cachexie.

Leur terminaison est variable ; leur guérison, qui n'est pas extrêmement rare, est quelquefois spontanée, c'est-à-dire qu'il peut y avoir cessation des troubles fonctionnels sans l'intervention d'aucun traitement, plus souvent peut-être qu'on ne serait tout d'abord tenté de le supposer. Une observation rapportée plus loin (voy. obs. XXXIX) mettra, je pense, hors de doute ce fait devenu pour nous incontestable.

Dans d'autres circonstances, c'est à la suite de l'emploi d'un traitement par les préparations mercurielles ou iodurées qu'on voit se produire une amélioration ou même une guérison définitive. Les faits suivants en sont des exemples authentiques (1).

Blennorrhagie et chancre à 22 ans; à 42 ans, douleurs ostéocopes et exostoses; à 45 ans, affection hépatique, ascite. — Paracentèse, iodure de potassium, guérison.

Obs. XXXVI. — C..., âgé de 45 ans, imprimeur, entré à l'hôpital de la Pitié, salle Saint-Paul, n° 38, le 24 août 1860. C'est un homme de taille moyenne, de face ordinaire, et dans la famille duquel il n'y a aucune maladie héréditaire. Il raconte qu'il s'est toujours bien porté durant sa jeunesse. A 20 ans, il eut un bouton qui suppura; à 22 ans, une blennorrhagie et un chancre qui persistèrent pendant environ trois semaines. Depuis cette époque il s'est bien porté, et ne se souvient pas d'avoir eu le moindre accident syphilitique. A 42 ans, il éprouva des douleurs dans l'épaule et le côté droit de la poitrine, puis dans le côté gauche et dans le dos; ces douleurs s'accompagnaient d'élancements et étaient plus intenses la nuit. Deux mois plus tard, il ressent dans la tête des battements et des douleurs avec exacerbations nocturnes; ces douleurs disparaissent et reparaissent à plusieurs reprises après un, deux ou trois mois. Le malade s'aperçoit enfin de l'existence de plusieurs tumeurs crâniennes; il consulte, et on lui prescrit un traitement avec iodure de potassium; mais ce médicament n'est jamais continué au delà de douze jours. Trois semaines avant son entrée à

(1) Leudet, Schutzenberger, Handfield Jones, Biermer, Keesbacher, Hérard et quelques autres auteurs ont cité des faits de ce genre. Dans celui de Schutzenberger l'autopsie vint plus tard vérifier l'exactitude du diagnostic porté pendant la vie du malade.

l'hôpital, après trois jours d'excès, il est pris d'une diarrhée séreuse et blanchâtre; quelques jours plus tard la diarrhée disparaît, mais l'abdomen se développe; le malade est courbaturé, il a des élancements, des douleurs dans les côtés, de l'essoufflement en marchant; son appétit se perd, sa bouche est amère; il n'a ni nausées ni vomissements; il est sans fièvre (purgatif et bain, camomille); en même temps les douleurs ostéocopes se réveillent, l'abdomen s'accroît de plus en plus, le malade entre à l'hôpital. Nous le trouvons dans l'état suivant :

Teinte jaunâtre ou bronzée de la peau; cicatrices de variole sur la face; cheveux noirs; maigreur avancée, atrophie des membres, perte générale des forces; abdomen très-développé. Au-dessous de l'ombilic, sonorité due à la présence des intestins météorisés; plus bas, matité suivant une courbe à concavité supérieure; fluctuation, ascite évidente; impossibilité de limiter le foie. Rate assez normale; absence d'albumine dans les urines; oppression, respiration saccadée et rude au sommet droit; lésion probable et peu étendue. Cœur sain. Absence de fièvre; pouls régulier et assez normal; parfois légères épistaxis; absence de trouble des fonctions cérébrales; œdème aux membres inférieurs.

Je diagnostique une cirrhose (mon savant maître, M. Marotte, chef du service, était alors absent). Plusieurs purgatifs sont administrés dans le but de combattre l'ascite, mais sans le moindre succès. L'ascite prend un tel développement que, le 10 août, à la visite du soir, je trouve ce malade dans un état d'asphyxie des plus complets, et n'ayant pas dix minutes à vivre : la face était violacée, la respiration profonde et lente, les extrémités froides et insensibles. Je m'empressai de pratiquer la paracentèse, et je retirai immédiatement de l'abdomen 13 litres d'un liquide séreux jaunâtre précipitant abondamment par l'acide nitrique. L'examen du foie après la ponction me permit de constater que cet organe débordait de un à deux travers de doigt le rebord costal, et il me parut manifeste qu'il existait quelques nodosités un peu au-dessus de son bord libre. Convaincu que l'ascite ne tarderait pas à se reproduire, et qu'au bout de peu de jours il me faudrait recommencer une nouvelle opération, j'examinai de nouveau mon malade avec le plus grand soin, et je reconnus alors seulement qu'il présentait dans l'aine une cicatrice de bubon et plusieurs exostoses à la région du crâne. La connaissance de ces nouveaux symptômes fut une lueur d'espérance; je me souvins du malade dont il a été question plus haut et qui guérit spontanément, et dès le lendemain de l'opération j'administrai un gramme d'iodure de potassium. Ce médicament fut parfaitement supporté, et la dose fut bientôt portée à 3 grammes. L'épanchement reparut en même temps qu'un peu de météorisme, mais bientôt il resta stationnaire.

Dix jours après l'opération, le malade prenait alors 3 grammes d'iodure de potassium, on pouvait constater une diminution manifeste de l'ascite et du météorisme.

M. Marotte continua le traitement jusqu'au 1er octobre. A cette époque il restait à peine de sérosité dans l'abdomen, dont le volume était presque

normal ; le malade avait recouvré l'appétit et une partie de ses forces et de son embonpoint; il commença à se lever et à se promener. L'iodure de potassium, suspendu le 1er octobre, fut repris le 4, à la dose de 1gr,50. Le 12 octobre, l'abdomen était normal; le malade se trouvait bien, à part un peu d'essoufflement lorsqu'il venait à monter les escaliers. Le traitement spécifique fut continué jusqu'au 1er novembre. Le malade obtint sa sortie le 13. Le foie débordait à peine le rebord costal; il ne paraissait plus offrir les mêmes irrégularités. On ne constatait plus qu'un souffle doux localisé. Dans un petit espace au sommet du poumon gauche, excavation probable, car le malade avait craché un peu de sang.

Chancre induré. — Syphilides. — Affection du foie, de la rate et du péritoine. — Étisie des plus avancées. — Traitement par les préparations mercurielles et iodurées. — Guérison.

Obs. XXXVII. — B..., employé de commerce, âgé de 34 ans, est né de parents sains et qui ont toujours joui d'une bonne santé. Il y a trois ans cependant, son père a été frappé d'une hémiplégie qui persiste encore ; ses frères et sœurs se portent bien ; quant à lui, il s'est bien porté jusqu'à l'âge de 23 ans. A cette époque il contracte un chancre qui perfore le frein et qui dure pendant un temps relativement long ; il remarque plus tard des choux-fleurs sur la verge, une éruption sur la peau. Un médecin d'Angoulême, consulté, diagnostique une roséole syphilitique. Ce malade est atteint en même temps d'alopécie et de la chute de quelques cils, accidents qui persistent pendant près de deux mois (pommade au calomel, 4 grammes de salsepareille, sirop de Cuisinier); à 24 ans il contracte une blennorrhagie ; à 26 ans, nouvelle éruption syphilitique, angine, céphalalgie, malaise général. Sirop de salsepareille, pilules de protoiodure pendant deux mois. Fluxion de poitrine ; malgré le traitement, une nouvelle éruption reparaît. A 29 ans, digestions mauvaises, douleurs à la région épigastrique, et parfois dans tout l'abdomen, météorisme par instants, en même temps toux quinteuse suivie d'expectoration et parfois de vomissements. Il faut dire qu'à cette époque B... se nourrit mal. Les médecins consultés ordonnent l'huile de foie de morue, etc., et s'il est permis de s'en rapporter au dire du malade, dès ce moment aurait été constatée l'augmentation du volume du foie.

Malgré le traitement employé, B... continue de maigrir, son estomac supporte difficilement les aliments, et, de temps en temps, il est pris de vomissements ; la vie lui devient un dégoût. Dans ces conditions il voit apparaître une tuméfaction au niveau du mollet droit, il prétend qu'il y avait là une tumeur qui a disparu ; mais depuis lors sa santé est toujours en souffrance, il dépérit chaque jour. Après avoir été traité pendant longtemps comme atteint de phthisie, ce malade m'est présenté dans les conditions suivantes le 4 juillet 1863 :

Il a les apparences d'un homme bien constitué (cheveux noirs), il est

d'une maigreur squelettique. Non-seulement le tissu cellulo-adipeux sous-cutané a disparu, mais les muscles eux-mêmes sont manifestement atrophiés. La peau est sèche, rugueuse, flétrie, d'une teinte légèrement bronzée; parfois se manifeste un léger œdème aux extrémités. La voix est un peu altérée; toux, dyspnée légère, expectoration. Le thorax est aplati d'avant en arrière; cependant, ni l'auscultation ni la percussion ne permettent de saisir dans aucun des points des poumons la présence bien évidente d'une lésion matérielle. Les battements du cœur sont réguliers, le pouls est faible. Je suis frappé de l'augmentation énorme du volume de l'abdomen, et le malade me dit qu'il est sujet à des alternatives de diarrhée; météorisme, inégalités, et bosselures intestinales; à la palpation, il me semble que les intestins sont unis à l'aide de fausses membranes; toutefois je ne constate pas l'existence d'un épanchement. Dans l'une des fosses iliaques, il y a une matité légère qui me paraît due à des produits pseudo-membraneux.

Ce qui fixe surtout mon attention, c'est l'état du foie et de la rate. Le lobe droit du foie descend jusqu'au niveau de la ligne ombilicale, il paraît légèrement inégal à sa surface et comme soudé à la paroi abdominale; le lobe gauche est relativement d'un petit volume. La rate déborde le rebord costal de trois travers de doigt, elle paraît mesurer environ 16 ou 18 centimètres; l'abdomen est habituellement météorisé, l'appétit presque nul, la digestion lente; les urines ne présentent rien de particulier, elles ne précipitent ni par la chaleur, ni par l'acide nitrique; les désirs vénériens sont à peu près nuls. De temps à autre le malade est pris d'une céphalée nocturne peu intense, d'insomnie, de rêvasseries; dans le jour, tendance au sommeil. Depuis quelque temps le malade perd la mémoire, il est devenu incapable de rien faire, c'est à peine s'il peut écrire une lettre.

Convaincu qu'il ne s'agissait pas d'une affection tuberculeuse des poumons, renseigné sur les antécédents du malade, sachant d'autre part qu'il n'avait jamais été intoxiqué par le miasme paludéen, je n'hésitai pas, malgré l'absence de lésions extérieures spécifiques, à attribuer à une origine syphilitique ces altérations manifestes du foie, de la rate, et peut-être du péritoine. En conséquence, j'instituai un traitement. Je prescrivis au malade une pilule de Sédillot, matin et soir, et j'ordonnai des onctions sur l'abdomen avec une pommade iodurée. Comme je l'avais prévu, la diarrhée ne tarda pas à reparaître; je me vis dans la nécessité de supprimer la préparation mercurielle, que je remplaçai par le sirop d'iodure de fer. En même temps, je fis continuer les onctions sur tout l'abdomen, et j'engageai le malade à faire usage d'une alimentation réparatrice. Sous l'influence de ces moyens, il parut y avoir une amélioration légère, l'appétit revint, les forces parurent meilleures. Le 8 octobre, je prescrivis de nouveau : pilules de Sédillot, sirop d'iodure de fer, deux bains sulfureux par semaine.

Ce traitement fut continué sans changement notable jusqu'au mois de janvier. A ce moment, le malade se trouvait notablement mieux, je pus

constater une diminution manifeste dans le volume du foie et de la rate; les fonctions digestives étaient presque normales, et de jour en jour le malade s'apercevait qu'il reprenait des forces. Je dois ajouter que depuis le mois de novembre la voix est tout à fait normale et que la toux a complétement disparu. Après quelques jours de repos, comme les organes abdominaux étaient loin d'avoir repris leurs fonctions physiologiques, je crus bon de continuer un traitement, je prescrivis de faibles doses de liqueur de Fowler. Le 11 mai 1864, ce malade, dont l'amélioration avait été progressive et qui avait repris un embonpoint et une santé passables, essaya un petit excès de boisson ; peu de temps après, il vit apparaître à la région frontale une saillie qu'il vint me montrer plus tard et qui n'était qu'une exostose ayant le volume d'un œuf de pigeon, et accompagnée de douleurs nocturnes. Je lui fis prendre alors 2 grammes d'iodure de potassium par jour dans une tasse de tisane de houblon ; après trois semaines l'exostose avait disparu. A ce moment le foie déborde encore de deux travers de doigt au plus le rebord costal, la rate est beaucoup moins volumineuse, l'abdomen est souple, non météorisé, le malade se considère comme tout à fait guéri ; mais en juin, il voit venir, toujours à la suite de quelques excès, une nouvelle exostose au front, il fait de nouveau usage de l'iodure de potassium et ne tarde pas à voir disparaître cette affection. Il remarque en même temps que ses digestions sont devenues plus pénibles. Il est pris d'une diarrhée qui cesse spontanément. Trouvant le foie toujours volumineux, j'engageai ce malade à faire usage d'une limonade nitrique.

A quelque temps de là, je pus constater une amélioration dans les fonctions digestives ; toutefois, le 26 octobre, les douleurs frontales reparurent, et le malade prit de nouveau pendant un mois l'iodure de potassium. Depuis ce moment, décembre 1864, sa santé est bonne et continue à s'améliorer de jour en jour ; il a un embonpoint ordinaire et se trouve très-bien. La rate et le foie cependant débordent toujours quelque peu les rebords costaux. Il faut noter que le malade a depuis longtemps repris ses occupations habituelles, et que sa femme est au début d'une grossesse.

Marié à l'âge de 27 ans, il ne tarda pas à avoir un enfant qui ne vint pas à terme : sa femme accoucha à six mois d'un fœtus mort-né. Cette femme, bien portante, n'a jamais eu trace de syphilis; il y a quatre ans, elle devint grosse à nouveau et accoucha à cinq mois. Depuis le traitement que j'ai fait suivre à son mari, elle a eu un nouvel enfant à terme.

Dans ces faits, où l'on pouvait sentir des bosselures à la surface du foie, il est fort probable qu'on avait affaire, ainsi que dans la plupart des cas de guérison avérée, à la forme gommeuse de la syphilis hépatique. Cette forme, par conséquent, est moins rebelle aux moyens thérapeutiques que l'hépatite interstitielle. C'est là un point que nous paraît parfaitement expliquer l'étude anatomique. Dans l'hépatite interstitielle, en effet, le développement des éléments nouveaux de

tissu conjonctif est souvent complet, tandis qu'avec les tumeurs gommeuses ces mêmes éléments, en vertu de leur nombre et de leur disposition, s'arrêtent à un moment donné de leur évolution, s'altèrent et sont résorbés.

La terminaison fatale, à part les cas où l'ascite prend des proportions considérables et amène l'asphyxie, est rarement la conséquence directe de l'hépatite syphilitique, affection qui n'envahit pas ordinairement le foie tout entier; le plus souvent la mort est causée par des affections concomitantes ou par des complications en tête desquelles il faut citer l'érysipèle et la pneumonie.

Diagnostic. — Les désordres fonctionnels qui correspondent aux affections syphilitiques du foie, diffèrent peu de ceux que déterminent la plupart des altérations de cet organe; de cette sorte les données diagnostiques les plus positives se tirent de l'étude des signes physiques et des caractères de l'infection syphilitique. Ainsi, les antécédents du malade, la présence des manifestations cutanées ou osseuses de la période tertiaire, sont des circonstances qui, dans le cas d'une affection hépatique de nature douteuse, donnent une grande probabilité à l'hypothèse d'une origine syphilitique. Rappelons la décoloration et la teinte bronzée de la peau, qui peuvent entrer en ligne de compte. Mais en l'absence même de ces circonstances, et c'est là un point qu'il ne faut pas oublier, un diagnostic certain est encore possible, quand dans une affection hépatique à marche lente le foie présente à la palpation des bosselures arrondies indurées, ou cette déformation sur laquelle nous avons insisté plus haut, si surtout il y a en même temps de l'albumine dans l'urine et un état de cachexie générale.

L'irrégularité de la forme du foie, l'albuminurie et la cachexie composent une triade symptomatique qui nous a souvent permis de poser sûrement le diagnostic de la syphilis hépatique, en l'absence de toute manifestation extérieure. L'observation XXVI, p. 296, en est un exemple en ce qui concerne la déformation du foie. Chez le malade qui fait l'objet de l'observation suivante, la sensation d'inégalités fermes, dures, résistantes, à la surface de la glande hépatique, avec une ascite déjà ancienne et très-considérable, nous fit croire à l'existence d'une lésion matérielle d'origine syphilitique, et plus tard le diagnostic se trouva confirmé par le succès d'un traitement spécifique.

Exostose du tibia, laryngite, tumeur avec hypertrophie du foie. — Diarrhée dyssentériforme. Guérison de tous ces accidents après l'emploi de l'iodure de potassium pendant près d'un an.

Obs. XXXVIII. — Le nommé M...., âgé de 35 ans, fondeur en cuivre, entre à l'hôpital de la Pitié, le 23 janvier 1861, dans le service de M. le docteur Bernutz, salle Saint-Benjamin; il fait un séjour de plusieurs mois.

C'est un malade intelligent, de petite taille, d'une constitution un peu chétive; il nie toute espèce d'accident vénérien primitif, mais en revanche, il pense que son père a été atteint de syphilis. Il prétend que M. Ricord l'a déjà autrefois traité pour les accidents qui l'amènent à la Pitié. Au moment de son entrée, M... est amaigri, il a la peau sèche, ridée, d'une teinte bronzée un peu jaunâtre; il se plaint de douleurs nocturnes ostéocopes siégeant dans le tibia du côté droit; cet os est dans une grande partie de son étendue affecté d'une hyperostose considérable. La voix est presque éteinte, la parole est gênée; mais l'affection principale occupe la glande hépatique. Celle-ci, en effet, présente une augmentation de volume considérable, car elle déborde de plusieurs travers de doigt le rebord costal, et soulève manifestement la paroi abdominale antérieure, au niveau des régions épigastriques et de l'hypochondre droit; de plus, on sent, à l'aide de la palpation, à la surface antérieure de cette glande, des bosselures, fermes, résistantes, et en même temps très-dures et très-manifestes. Le malade accuse à la région du foie des douleurs spontanées qu'éveille la palpation ou la percussion, il se plaint en outre d'une sensation de gêne et de pesanteur à l'hypochondre droit. Une petite quantité de liquide est épanchée dans la cavité abdominale. L'appétit est modéré, les diverses fonctions s'accomplissent assez régulièrement. Durant le mois de février survient une diarrhée sanguinolente dyssentériforme, qui persiste pendant plus de douze jours. Dans ces conditions, ce malade fut soumis à un traitement spécifique; d'abord, il fut mis à l'usage de pilules de protoiodure de mercure, et plus tard on lui administra l'iodure de potassium jusqu'à la dose de 2^{gr},50. Sous l'influence du traitement on put constater une amélioration, mais elle fut généralement très-lente; les douleurs disparurent rapidement; mais l'hyperostose, la tuméfaction du foie persistèrent durant longtemps. Le traitement fut continué pendant plusieurs mois, que le malade passa à l'hôpital, et lors de sa sortie il y avait très-certainement une grande amélioration; si le foie était encore volumineux et quelque peu irrégulier, le gonflement du tibia avait presque entièrement disparu. Après sa sortie, M... continua à prendre de l'iodure de potassium et reprit ses occupations.

J'eus occasion de revoir ce malade en mars 1862, et je pus constater la disparition complète et de l'hyperostose et de la tuméfaction du foie; ce dernier organe n'est plus appréciable à la palpation, il ne déborde plus le rebord costal, et il m'est impossible d'y sentir des irrégularités;

d'ailleurs M... est moins maigre, il se trouve bien et ne se plaint plus de ses anciens accidents. Il continue encore le traitement; j'eus occasion de le revoir un an plus tard, sa santé générale était tout à fait bonne.

Les principales affections qu'il arrive de confondre avec les altérations syphilitiques du foie sont : le cancer hépatique, la cirrhose des ivrognes, plus rarement la péritonite tuberculeuse.

Le cas suivant, dans lequel on diagnostiqua tout d'abord un cancer du foie, et plus tard une péritonite tuberculeuse, est un exemple trop frappant de la difficulté qui peut se rencontrer en pareille occurrence et des avantages qu'il est possible de tirer d'un examen complet du malade, pour n'être pas rapporté avec les réflexions qu'il nous a suggérées.

Blennorrhagie, bubons ; gommes du cuir chevelu et des os du crâne, dépressions consécutives. — Iodure de potassium. — Tumeur hépatique, ascite, hémoptysie peu abondante. — Guérison spontanée de tous ces accidents.

Obs. XXXIX. — H...., âgé de 43 ans, entre à l'hôpital de la Pitié, le 7 janvier 1860, salle Saint-Paul, n° 16. C'est un homme petit, mais bien constitué ; il n'accuse aucune maladie aiguë antérieure; il raconte que sa mère succomba à la suite d'un rhume et que son père mourut aliéné.

A l'âge de 18 ans, H.... eut une gonorrhée et un bubon, et bien qu'il ne se souvienne pas d'avoir eu un chancre, il est probable cependant que le bubon se liait à l'existence d'une ulcération spécifique. En tout cas, il prétend qu'il n'a jamais eu ni taches ni boutons sur la peau. Il y a cinq ans, il vit apparaître des tumeurs multiples sur le cuir chevelu, et fut traité par un médecin de Lyon, qui diagnostiqua, paraît-il, des tumeurs gommeuses, et lui fit subir un traitement spécifique. Ce traitement fut continué pendant quinze jours seulement ; six semaines plus tard, les tumeurs et les douleurs violentes qui les accompagnaient avaient entièrement disparu. Des dépressions plus ou moins profondes restèrent à la place de ces tumeurs; l'une d'elles occupe le sommet de la tête, plusieurs autres se rencontrent à la racine des cheveux.

Au moment de son entrée à l'hôpital, ce malade accuse une violente céphalée qui date de quinze jours environ ; il a perdu ses forces, il est amaigri, a une teinte sale, un peu bronzée, de toute la surface cutanée et particulièrement de la face ; ses jambes ne sont pas œdématiées, mais les veines sous-cutanées abdominales sont dilatées et la cavité du péritoine contient une certaine quantité de liquide.

Le foie déborde le rebord des côtes, surtout à l'épigastre, au niveau de son petit lobe, et en ce point il est facile de sentir une ou plusieurs saillies dures et résistantes. Le lobe droit ne présente rien de bien particulier. La

rate est un peu volumineuse. Les urines n'offrent rien à noter. Les digestions sont lentes et difficiles; il y a de la diarrhée depuis plusieurs jours. Les poumons paraissent intacts; l'appareil de la circulation n'offre aucun trouble. On diagnostique une affection cancéreuse du foie et peut-être aussi de l'estomac; un traitement est institué en conséquence.

Cet état persista durant plusieurs jours sans changement appréciable. Vers la fin de janvier, les veines sous-cutanées de l'abdomen deviennent plus apparentes, une plus grande quantité de sérosité s'épanche dans la cavité péritonéale, les intestins se météorisent et l'abdomen prend des dimensions énormes; les membres inférieurs deviennent œdémateux et contrastent par leur volume avec la petitesse des membres supérieurs; l'amaigrissement est de plus en plus considérable. Le malade a des épistaxis multipliées; il tousse un peu et expectore des crachats sanguinolents. Néanmoins, malgré le soin avec lequel on l'examine, il est impossible de rencontrer aux sommets des poumons des signes positifs d'une lésion tuberculeuse. L'appétit est en partie conservé; la diarrhée disparaît et revient plus tard; il n'y a pas de vomissements. Le diagnostic ne paraît pas devoir être modifié, malgré l'apparition de ces nouveaux phénomènes. L'amaigrissement et l'état de cachexie du malade semblent d'ailleurs le confirmer.

Dans ces conditions, un de nos bons amis, aujourd'hui médecin des hôpitaux, soumet ce malade à un examen sérieux et diagnostique une *péritonite tuberculeuse* (la tumeur hépatique ne pouvant plus être explorée depuis le développement de l'abdomen). Quoi qu'il en soit, loin de s'améliorer, l'état de notre malade s'aggrave de plus en plus, et bientôt il tombe dans le marasme le plus absolu; il est en outre menacé d'asphyxie par le développement disproportionné de son abdomen, et vers la fin de mars on s'attend à le voir succomber d'un jour à l'autre. Il n'en est rien cependant. Le 6 août, à notre grand étonnement, le ventre commence à diminuer de volume, et, trois semaines plus tard, il avait peu à peu repris son état normal, sans que la moindre médication active eût été employée; on s'était borné, dans les temps, pour satisfaire au désir du malade, à lui prescrire des frictions avec l'huile de camomille camphrée. Après la disparition de l'ascite, on put encore sentir la tumeur hépatique; mais elle était beaucoup moins saillante et moins dure, et peu de temps après elle devint inappréciable. A partir de cette époque, l'appétit devient meilleur, la physionomie du malade n'indique plus le même état de souffrance, et l'embonpoint reparaît peu à peu. L'amélioration est rapide et bientôt très-manifeste. L'abdomen reste toujours un peu développé; mais néanmoins le malade se lève, et demande son passage à Vincennes.

Il sort le 5 juin, se plaignant alors seulement de fourmillements dans la cuisse et de crampes dans la jambe gauche.

Frappé d'une guérison aussi inattendue, je voulus faire un nouvel examen de ce malade avant son départ; alors seulement je reconnus l'altération des os du crâne, et je fus mis sur la véritable voie de la maladie. Avec une perspicacité plus grande, je serais arrivé sans doute plus tôt à ce dia-

gnostic, puisque le malade s'était plaint d'une céphalée intense qui avait eu plusieurs jours de durée. La maladie syphilitique une fois admise, la lésion hépatique devait nécessairement lui être rattachée, et alors l'indication thérapeutique était formelle. Aidé de ces nouveaux renseignements, je dus abandonner le diagnostic que j'avais porté tout d'abord, car le fait d'un cancer guéri serait peut-être unique; d'un autre côté, il n'est pas possible de penser à une péritonite tuberculeuse en présence de la tuméfaction du foie, qui explique fort bien, du reste, et l'ascite et la dilatation des veines abdominales. Il n'est pas d'ailleurs dans la règle de voir disparaître ainsi la péritonite tuberculeuse; mais il n'en est pas de même des affections syphilitiques; celles-ci, comme on le sait, guérissent très-bien sous l'influence d'une médication appropriée, et ce fait prouve, ce nous semble, que leur guérison peut être spontanée.

Le 24 juin suivant, H... se présenta de nouveau à l'hôpital, où nous pûmes l'examiner. Les dépressions des os du crâne existaient toujours. Le foie débordait très-peu le rebord costal; il offrait manifestement quelques irrégularités à la région épigastrique, et il semblait toujours qu'il y eût un léger relief au niveau de l'ancienne tumeur; l'ascite avait entièrement disparu; la teinte bronzée de la peau persistait encore; la toux n'existait plus; le malade avait repris de l'embonpoint, et sa santé générale n'était pas mauvaise. A cette époque, il eut le sein gauche tuméfié et douloureux, puis bientôt tout disparut. Des douleurs se firent sentir dans le mamelon droit, mais sans suite; il survint un peu de dureté, qui persista. Le malade sortit le 18 août.

Le 21 septembre il rentra à l'hôpital, accusant de violentes douleurs de tête avec exacerbations nocturnes, et se plaignant de l'apparition d'une exostose au sommet de la tête. Cette tumeur, qui finit par acquérir le volume d'un œuf de pigeon, fut combattue cette fois par l'iodure de potassium (de 2 à 3 grammes).

Dix jours plus tard, les douleurs de tête avaient disparu, et la tumeur osseuse commençait à diminuer de volume. Le malade reprit manifestement de l'embonpoint; son foie ne débordait plus le rebord des fausses côtes, il n'était plus bosselé. Nouvelle sortie en novembre. Le traitement ne fut pas continué; depuis lors, j'ai complétement perdu de vue ce malade.

La sensation d'une tumeur à la région épigastrique, au niveau du petit lobe du foie, était chez ce malade une circonstance qui, jointe à un état de maigreur avancé, portait à diagnostiquer un cancer. De même, plus tard, l'ascite et l'hémoptysie conduisaient tout naturellement à l'idée d'une péritonite tuberculeuse.

Dans la première hypothèse, une circonstance gênante, c'est que l'altération n'occupait guère que l'un des lobes, puisque l'autre était à peine augmenté de volume, et comme ce phénomène est

tout du moins fort rare dans les cas de cancer hépatique, il y avait lieu de poser la question d'une affection différente. A une certaine époque, pour qui n'avait pas vu le malade avant l'apparition de l'ascite, le diagnostic d'une péritonite tuberculeuse était d'autant plus admissible qu'il y avait de temps à autre de petites hémoptysies. Mais en tout cas, une étude attentive des antécédents du malade et surtout l'examen du crâne auraient pu mettre sur la voie de la véritable altération, et modifier le diagnostic et le traitement.

Si l'on ne tient compte que de l'état anatomique du foie, l'altération cancéreuse de cet organe envahit d'une façon plus régulière les deux lobes de la glande, elle a une marche plus rapide, s'accompagne plus fréquemment d'ictère, se rencontre en général à un âge plus avancé, et produit toujours une cachexie spéciale, différente de la cachexie syphilitique.

La péritonite tuberculeuse se manifeste à son début par des douleurs abdominales, des vomissements et de la diarrhée, symptômes qui ne se retrouvent pas dans les affections qui nous occupent. La peau, du reste, conserve sa teinte, ou elle se décolore peu à peu, mais sans jamais revêtir la coloration bronzée qui se lie parfois à l'hépatite syphilitique. Cette affection, au reste, coexiste fréquemment avec des lésions tuberculeuses des poumons ou des plèvres. Au palper abdominal, elle donne lieu à une sensation d'empâtement, à une matité diffuse, ce qui n'existe pas dans un simple épanchement ascitique.

La cirrhose alcoolique, d'un autre côté, est ordinairement précédée ou accompagnée de troubles variés, tels que dyspepsie, anorexie, fourmillements, crampes aux extrémités, hallucinations, etc., qui ne permettent guère de méconnaître l'intoxication par l'abus des spiritueux ; de plus, elle manque rarement de donner lieu à une ascite considérable, et ne produit qu'exceptionnellement l'ictère. La marche de cette affection est en outre plus prompte que celle de la cirrhose syphilitique.

Pronostic. — Les altérations syphilitiques du foie sont évidemment des affections sérieuses qui mettent en danger la vie du malade, et qui, lorsqu'elles sont méconnues, entraînent quelquefois la mort. L'ascite, les hémorrhagies et surtout la diarrhée, sont autant de symptômes indicateurs d'un état grave et susceptible de devenir mortel. Cependant ces symptômes sont moins redoutables ici que dans

toute autre maladie, et le pronostic est loin d'être toujours défavorable, puisque l'on compte aujourd'hui un certain nombre de cas de guérison. Tant que le foie est volumineux, le pronostic peut paraître moins grave ; mais des deux formes anatomiques signalées, la forme gommeuse est celle qui offre le moins de danger.

§ 2. — Affections syphilitiques des glandes vasculaires sanguines.

Sauvages, Étisie syphilitique, dans sa *Nosologie méthodique*, t. III, p. 253. — A. Dumoulin, De la cachexie en général et de la cachexie syphilitique en particulier. Thèse de Paris, 1848. — Monneret et Fleury, Compendium de médecine pratique, t. VIII, p. 67. — Hutchinson, *Medical Times and Gaz.*, 17 juillet 1858, et *Gaz. hebdomad.*, 4 mars 1859, p. 143. — Moutard-Martin, dans l'*Union médicale*, 1860. — Boys de Loury, Du marasme ou cachexie syphilitique, *Gazette hebdom.*, 1859, n° 40. — R. Virchow, La syphilis constitut. Paris, 1860. — Frickhofer, in *Nassauer Correspondenz-blatt*, 10, 1860. — Hutchinson et Jackson; *Med. Times and Gaz.*, oct. 1862. — Mosler, in *Berlin Klinik Wochenschr.*, p. 15 à 25, 1864.

Un motif sérieux nous a conduit à étudier simultanément et dans un seul paragraphe les affections syphilitiques des glandes vasculaires sanguines : c'est une grande analogie dans les caractères anatomiques du processus morbide. Formés sur un même type, doués de fonctions analogues, sinon identiques, susceptibles de désordres anatomiques très-semblables, ces organes, quel que soit leur siége, viennent-ils à être influencés par la syphilis, concourent d'une façon synergique à l'altération du liquide sanguin et à la production de ces états particuliers de l'organisme connus sous le nom de *chloro-anémie* et de *cachexie*.

Des vésicules closes, une trame de tissu conjonctif, des vaisseaux et des nerfs, telle est la constitution élémentaire des glandes vasculaires sanguines. Deux sortes d'éléments, par conséquent, les uns spéciaux, les autres communs à tous les organes, éléments glandulaires, éléments de tissu conjonctif, entrent dans la composition de ces organes comme dans celle de la plupart des glandes. Mais tandis que la substance conjonctive interstitielle est dans ces dernières le siége unique de la localisation morbide syphilitique, l'agent syphilitique exerce ici une action spéciale sur chacun des deux éléments et les altère, tantôt isolément, tantôt simultanément.

Étude anatomique. — Les altérations qui portent sur la trame fibreuse ne diffèrent pas de celles que nous connaissons ; elles présentent les mêmes modes anatomiques, revêtent les mêmes formes et consistent toujours dans une formation conjonctive nouvelle, diffuse ou circonscrite. L'altération diffuse est partielle ou générale, la glande malade s'injecte, augmente de volume dans une partie ou dans la totalité ; plus tard elle s'atrophie sous l'influence des propriétés rétractiles du tissu nouveau. Les follicules diminuent de volume, se nécrosent et perdent leurs fonctions. Toutes les glandes vasculaires sanguines sont susceptibles de cette altération, qui s'observe plus souvent toutefois dans la rate et les ganglions lymphatiques. Les dépôts circonscrits constituent de petites tumeurs plus ou moins fermes, arrondies et jaunâtres, n'offrant aucune différence tranchée avec les gommes des autres viscères. La rate, le corps pituitaire, le thymus, sont le siége le plus ordinaire de ces productions dont la présence a été rarement signalée dans les autres glandes sanguines.

La modification anatomique spéciale qui porte sur l'élément propre des glandes sanguines a été fort bien décrite par Virchow. Dans les glandes lymphatiques, qui ont plus particulièrement servi aux recherches de cet auteur, l'altération reconnaît trois stades : l'état fluxionnaire ou hyperhémique, l'état médullaire et l'état caséeux. L'injection et l'imbibition séreuse commencent le premier de ces états, puis arrivent l'agrandissement des cellules lymphatiques et leur multiplication. Les follicules des ganglions deviennent ainsi plus volumineux et prennent l'aspect de points blancs ou grisâtres que séparent des interstices solides. Le ganglion, d'ordinaire ramolli, cède à la pression et glisse entre les doigts ; mais en même temps, s'il y a prolifération des éléments de tissu conjonctif, il prend un aspect uniforme, rougeâtre, ou blanc grisâtre, et dans ces conditions il diffère par un aspect plus clair et plus humide des ganglions de la fièvre typhoïde, de la leucémie, des scrofules et de la tuberculose. L'hyperplasie cellulaire, qui caractérise le second stade, conduit au ramollissement aigu ou à la suppuration si elle a un développement rapide ; si, au contraire, ce développement est lent, les jeunes cellules formées par la prolifération du tissu ganglionnaire s'altèrent, régressent, se transforment, et la métamorphose graisseuse, tuberculiforme, caséeuse, devient le dernier terme de cette évolution pathologique.

Les glandes lymphatiques ne sont pas seules soumises à ce mode d'altération; il y a tout lieu de croire que la rate et le corps thyroïde n'en sont pas précisément exempts. Il est de fait que l'augmentation de volume de ces derniers organes est très-fréquente dans le dernier stade de la syphilis, puisqu'elle se trouve notée dans la plupart de nos observations.

Telles sont ces altérations des glandes vasculaires sanguines dont les caractères particuliers et l'apparition fréquente à une certaine époque de la syphilis mettent en évidence une relation étiologique avec cette maladie. Ajoutons à ces altérations la coexistence, dans certains cas, d'une dégénérescence amyloïde et lardacée analogue à celle que nous avons déjà observée dans le foie, et qui, pas plus que cette dernière, ne paraît directement liée à la syphilis.

Ces données anatomiques générales une fois établies, entrons dans les détails et faisons voir ce que présente de particulier chacune des glandes dont il s'agit.

Corps ou glande pituitaire. — Une observation de syphilis rapportée par Meyer fait mention de l'existence, sur la selle turcique, d'une tumeur pâteuse, élastique, du volume d'une noisette, fusionnée avec l'os. Le corps pituitaire en était-il le siége? nous l'ignorons; mais il paraît vraisemblable qu'il en avait été le point de départ. Dans un cas rapporté par Virchow, cette glande, augmentée de volume, présentait çà et là quelques saillies d'apparence caséeuse, jaune verdâtre, disséminées dans un tissu jaune grisâtre (*loc. cit.*, obs. X, p. 141). Une lésion gommeuse du corps pituitaire est ici très-probable. Cette lésion nous a paru certaine dans un fait que nous avons observé et publié ailleurs (1). Bien des fois, du reste, nous avons vu la glande pituitaire modifiée et plus volumineuse dans le cours de la syphilis viscérale.

Corps ou glande thyroïde. — L'altération de cette glande est notée dans plusieurs des cas qui font partie de ce travail. Une augmentation de volume très-manifeste et le plus souvent généralisée, une consistance plus ou moins ferme avec coloration jaunâtre par places, tel a été l'aspect sous lequel s'est le plus souvent montré cet organe à la simple vue. L'examen microscopique nous a révélé l'accroissement en nombre des éléments glandulaires, enfin une

(1) L. Gros et Lancereaux, *Des affections nerveuses syphilitiques*. 1861. Observ. CXXIV, p. 124.

métamorphose graisseuse plus ou moins complète. Nous ne connaissons aucun fait qui donne l'indication d'un dépôt gommeux au sein de cette glande; mais c'est là peut-être une conséquence de la négligence avec laquelle on fait encore trop souvent les autopsies. Le corps thyroïde n'en est pas moins fréquemment volumineux, chez les femmes qui sont affectées de syphilis anciennes.

Thymus. — L'étude des altérations syphilitiques de cette glande sera faite lorsque nous nous occuperons de la syphilis héréditaire.

Capsules surrénales. — De même que le corps thyroïde, les capsules surrénales sont, en général, augmentées de volume chez les individus qui succombent aux atteintes de la syphilis viscérale; c'est du moins un fait qui résulte des observations du professeur Virchow (obs. V et VII) aussi bien que des nôtres. Outre l'augmentation de volume, le célèbre professeur de Berlin a observé dans un cas (1) une dégénérescence graisseuse complète de ces mêmes glandes, que l'on a encore trouvées occupées par des tumeurs qui pouvaient bien n'être que des dépôts gommeux.

Rate. — Les altérations qu'on a constatées dans cet organe sont : tantôt une splénite partielle ou générale, tantôt des dépôts gommeux, enfin une hypertrophie par augmentation du contenu cellulaire ou de la pulpe.

Virchow décrit comme il suit la première de ces altérations : Sous l'influence d'une hyperhémie modérée, quelques parties du parenchyme splénique se tuméfient; tantôt il se forme des foyers lobulaires, tantôt l'altération s'étend irrégulièrement dans tout l'organe. Les points affectés sont durs à la coupe, ils apparaissent plus foncés, plus secs, plus consistants. Quelquefois ils sont colorés en rouge noir, ils ressemblent à des foyers hémorrhagiques, et il est même difficile de les distinguer des engorgements inflammatoires. Plus tard la rougeur disparaît, surtout au centre; le tissu de l'organe, en devenant plus sec et plus dur, prend une coloration plus pâle ; quelquefois au contraire, il est d'un rouge grisâtre. A partir de ce moment l'augmentation du tissu conjonctif est évidente. Dans les points où l'altération s'est faite sous forme de foyer, on remarque plus tard une rétraction, un épaississement et une dépression cicatricielle, comme nous l'avons vu dans les lésions syphilitiques du foie, du testicule et de l'iris. Blanche et épais-

(1) Wurzburg Verhand. vol. III, p. 368.

sie en pareil cas, la capsule fibreuse de cette glande adhère généralement au diaphragme (périsplénite).

Les dépôts gommeux se montrent dans la rate avec leurs caractères habituels, c'est-à-dire sous forme de nodosités arrondies, blanchâtres ou jaunâtres, uniques ou multiples, et plus ou moins profondément situées. Ces manifestations sont relativement rares, quelques faits seulement attestent leur existence. Willis a donné un dessin qui représente une de ces tumeurs siégeant dans l'épaisseur du parenchyme splénique, au voisinage de la capsule fibreuse. Hutchinson et Jackson rapportent deux faits mentionnant une semblable altération, et peut-être serait-il possible de rapprocher de ces différents cas une observation de Meyer, dans laquelle la rate, développée et augmentée de volume, offrait des dépôts blanchâtres sur la capsule [obs. VI (1)]. L'augmentation pure et simple du volume de la rate est par contre fréquente, du moins dans les faits qui nous sont personnels. Comme alors aucun désordre matériel ne s'opposait à la circulation hépatique, et qu'aucune cause ne venait expliquer l'existence de cette altération, nous sommes bien forcé de rattacher cette modification à la diathèse syphilitique. Le volume que mesurait la glande était en général de 15 à 20 centimètres; sa consistance était plus molle, sa coloration brunâtre, violacée, d'un blanc grisâtre sur quelques points. Le microscope y montrait des éléments granuleux et en voie d'évolution rétrograde.

Ganglions lymphatiques profonds. — L'étude des altérations syphilitiques de ces glandes ne date guère que de ces dernières années. Swediaur avoue lui-même qu'il n'existait de son temps aucune observation authentique de ces lésions. Aujourd'hui l'adénopathie lymphatique tertiaire profonde est mieux connue anatomiquement que l'adénopathie superficielle ou sous-cutanée. La raison est qu'on a plus souvent l'occasion d'en faire l'examen nécroscopique.

Les ganglions de l'abdomen, et en particulier les ganglions prévertébraux et lombaires, les ganglions iliaques et fémoraux, sont le plus habituellement atteints. Viennent ensuite les ganglions bronchiques et des médiastins; les ganglions mésentériques sont beaucoup plus rarement affectés; il en est de même des ganglions des membres.

Est-il possible d'établir une relation entre cette altération ganglion-

(1) Voy. Schmidt's Jahrbücher, t. CXIV, p. 312, 1862.

naire et les lésions viscérales ? C'est à quoi il nous est encore difficile de répondre. Nous ne le croyons pas cependant, car nous avons fréquemment constaté l'altération tertiaire des glandes lymphatiques, sans qu'il y eût de manifestations morbides dans les organes correspondants.

Les caractères nécroscopiques de ces adénopathies sont en général très-variables, ce qu'il faut attribuer au mode d'altération dont les ganglions sont le siége. S'il y a lésion diffuse de la trame, le ganglion primitivement volumineux revient peu à peu sur lui-même, se colore, s'indure ; il est alors presque uniquement constitué par du tissu conjonctif.

S'agit-il d'un dépôt gommeux, les glandes lymphatiques augmentent de volume et prennent une forme arrondie ; d'abord d'une consistance ferme, elles sont plus tard molles, caséeuses et même fluctuantes. Y a-t-il hyperplasie des éléments ganglionnaires (ce qui est assez peut-être le cas le plus fréquent), le ganglion revêt une apparence particulière : il s'accroît surtout dans le sens de son plus grand diamètre, c'est-à-dire en longueur plutôt qu'en épaisseur, à un tel point qu'il peut acquérir jusqu'à 3, 4, 5 et 6 centimètres. Friable, de consistance un peu molle, il présente une surface injectée, de coloration rose ou rougeâtre ou d'un gris jaunâtre. A la coupe, on observe en général la même coloration ; mais au toucher on a la sensation d'une substance médullaire ou caséiforme, suivant le degré d'évolution ou d'altération des éléments constitutifs.

A part les caractères que nous venons de signaler, les lésions syphilitiques des glandes lymphatiques se distinguent des lésions qu'engendrent la fièvre typhoïde, la tuberculose et la maladie scrofuleuse, par leur siége, par leur forme particulière et enfin par l'absence constante de suppuration. Ajoutons que, dans les altérations ganglionnaires tuberculeuse et scrofuleuse, la dégénérescence amyloïde s'observe plus souvent que dans la syphilis.

Les lésions ganglionnaires dont il s'agit doivent être rangées parmi les plus fréquentes et les plus constantes altérations de la période qui nous occupe ; elles sont à la syphilis des viscères ce que les adénopathies lymphatiques sous-cutanées sont à la syphilis de la peau, c'est-à-dire un accompagnement pour ainsi dire obligé. Toujours, en effet, elles se rencontrent lorsqu'il existe une affection viscérale ; et parfois, on les observe dans des cas où cette dernière fait défaut.

Leur étude est, par conséquent, des plus importantes, elle méritait à tous égards de nous arrêter.

Sang. — Aux désordres anatomiques dont il vient d'être question se lie le plus souvent une modification du liquide sanguin que l'on a regardée à tort comme l'effet d'une action directe du virus. Les individus qui succombent à cette période avancée de la syphilis ont un sang peu abondant, manifestement diminué de quantité et altéré dans sa composition. Mais quelle est cette altération? En quoi diffère-t-elle de celle qui se rencontre au début ou dans le cours de la période secondaire? C'est un point qu'il ne nous est pas donné d'élucider pour l'instant, et qui, pour être éclairci, demande des recherches ultérieures. En tout cas, le sang est plutôt fluide qu'épais, rarement il contient des coagulums fibrineux, et parfois il colore les parois du cœur ou des vaisseaux. Les globules rouges, peu abondants, apparaissent avec leur forme et leur volume ordinaires; les globules blancs sont relativement plus nombreux, et, si l'on en croit Virchow, il existerait en pareil cas une véritable *leucocytose*. Nous avons pour notre compte plusieurs fois constaté, à cette période de la syphilis, un nombre plus considérable de globules blancs, trop rarement toutefois pour pouvoir accorder à cet état un degré d'importance véritable; car d'un autre côté nous avons vu les leucocytes conserver leur proportion normale dans des cas où l'altération des glandes sanguines pouvait faire présumer l'existence d'une leucocytose.

Des hémorrhagies qui s'observent principalement lorsque le foie se trouve lésé sembleraient indiquer qu'il y a une diminution de la fibrine; mais ce n'est là qu'une simple présomption. L'apparition d'une anasarque conduirait, du reste, à une supposition analogue, relativement à l'albumine.

Étude symptomatique. — Nous passerons successivement en revue les signes physiques fournis par les altérations des glandes vasculaires sanguines, et les troubles fonctionnels de voisinage que peuvent déterminer ces glandes lésées. Nous porterons enfin notre attention sur les désordres généraux qui résultent des modifications anatomiques diverses apportées par la syphilis au sein de ces glandes.

Signes physiques. — Ces signes ne sont guère appréciables que dans les cas d'altération de la rate. La percussion, dans ces cas, révèle ordinairement l'existence d'une matité dans une étendue plus

grande qu'à l'état normal. Souvent même la palpation permet d'apprécier le volume de l'organe s'il vient à dépasser le rebord des fausses côtes. Ce mode d'exploration peut aussi, mais assez rarement, nous faire connaître l'état des ganglions lymphatiques profonds, ceux du moins des régions iliaques et fémorales supérieures.

Symptômes de voisinage. — A part l'influence qu'une rate volumineuse peut exercer sur les fonctions de l'estomac et sur la respiration, et la possibilité d'une compression des tubes aériens par des ganglions bronchiques plus volumineux, ces symptômes n'existent en général que si le corps pituitaire vient à s'altérer. Alors, en effet, peuvent apparaître des troubles cérébraux résultant d'une compression ou même d'une altération secondaire de la substance nerveuse. Ces troubles variables consistent en général dans des accès convulsifs et un dérangement de la vue.

Désordres généraux. — Ces désordres sans localisation spéciale, et qui intéressent l'économie tout entière, ne sont autres que ceux généralement connus et décrits sous le nom de *cachexie.* La cachexie syphilitique n'est ainsi qu'un symptôme lié à l'altération des glandes vasculaires sanguines, à laquelle s'ajoute le plus ordinairement une altération du foie. Tous les auteurs, je le sais, ne s'accordent pas sur ce point et ne partagent pas cet avis. Aussi n'est-ce qu'après mûre réflexion que nous nous sommes décidé à faire intervenir ici l'étude de cet état particulier de l'économie, et lorsque les faits publiés, comme notre observation personnelle, sont venus nous convaincre de l'existence d'un rapport nécessaire entre le désordre anatomique des glandes sanguines d'une part, et le trouble général de l'organisme d'autre part.

Le malade qui, jusque-là, n'avait manifesté que des symptômes en rapport avec les lésions locales, voit survenir peu à peu le dérangement de toutes ses fonctions et le dépérissement général de tout son organisme. C'est qu'en effet le principe qui entretient la vie des organes et qui maintient l'harmonie des fonctions, le sang, se trouve vicié dans son essence, altéré dans sa composition. L'appétit se perd, des troubles notables surviennent dans la digestion, l'haleine devient fétide, même en l'absence d'ulcères de la bouche ou de la gorge; il y a des nausées, parfois des vomissements; une diarrhée, qui tout d'abord n'est pas constante, revient par intervalles plus ou moins

éloignés, et constitue dans quelques cas un véritable flux lientérique ou même dyssentérique. Des douleurs vagues erratiques, plus ou moins vives, se font sentir en différents points du corps, tout particulièrement dans la tête, et quelquefois il existe une insomnie opiniâtre.

Non-seulement le malade maigrit (1), mais son système musculaire s'atrophie notablement, ses forces l'abandonnent; le teint perd son éclat, la peau des membres se dessèche, se couvre d'une poussière épidermique, prend un aspect mat et terreux ; celle du visage devient terne et plombée, bistre ou jaunâtre. Cette coloration toutefois varie en général suivant le viscère qui est plus spécialement affecté. Les traits expriment la souffrance, un état de malaise, d'anxiété et d'abattement tout particulier. Le moindre exercice est une fatigue, il est accompagné d'essoufflement, de palpitations. A ce degré, il est assez habituel de constater l'existence d'un bruit de souffle au cœur et dans les vaisseaux du cou et de voir chez la femme, la menstruation se supprimer. Puis à ces symptômes, déjà signalés par les anciens auteurs, s'ajoute, dans certains cas, une anasarque plus ou moins généralisée. Arrive enfin un léger état fébrile, d'abord erratique et caractérisé par des frissons revenant par intervalles, puis continu, avec un pouls petit et fréquent, des muqueuses sèches, non humectées, une peau parfois sudorale. La fièvre est néanmoins un symptôme assez rare, même dans le dernier terme de la maladie, à moins d'une complication, une pneumonie ou un érysipèle par exemple, affections sur lesquelles nous aurons à revenir plus loin, parce qu'elles sont souvent, dans ces conditions, la cause immédiate de la mort.

Diagnostic. — Les signes physiques fournis par l'exploration des organes et les désordres qui les accompagnent sont les éléments nécessaires au diagnostic de l'altération syphilitique des glandes sanguines. Les signes physiques serviront à reconnaître l'existence de la modification anatomique; les troubles généraux contribueront

(1) Faisons remarquer ici que certains syphilitiques, après avoir manifesté pendant un temps plus ou moins long un état de maigreur considérable, prennent tout à coup un embonpoint exagéré. C'est un fait qui n'a pas entièrement échappé aux anciens observateurs. Noté dans l'Aphrodisiaeus (voy. p. 1221), il semble avoir été indiqué par l'auteur anonyme du *Triumphe de très-haulte et très-puissante dame Vérolle* dans la phrase suivante : « Les uns boutonnants, les autres refondus et « engraissés, les autres pleins de fistules lachrymantes, les autres sont courbés de « gouttes nouées. »

à en déterminer la nature : ainsi on pourra tirer des indications utiles de l'état de la peau, de sa finesse, de sa sécheresse, et surtout de sa coloration ; de la maigreur du malade, de l'absence habituelle d'un état fébrile, etc. Comme toutefois ces indications seront rarement suffisantes, il conviendra d'interroger les antécédents et de rechercher avec soin s'il n'existe pas quelques manifestations susceptibles d'être rattachées à la syphilis.

Les lésions viscérales qui offrent le plus d'analogie avec les états pathologiques qui nous occupent sont celles qui s'observent dans l'intoxication palustre chronique et dans la scrofule. Dans le paludisme comme dans la syphilis, il y a altération des glandes sanguines avec augmentation de volume, mais les conditions hygiéniques et les antécédents morbides des malades sont très-différents; dans la cachexie palustre d'ailleurs, la peau revêt ordinairement une teinte plus jaunâtre (feuille morte), l'anasarque et la fièvre sont des symptômes beaucoup plus fréquents que dans la cachexie syphilitique.

Comme la syphilis, la scrofule produit aussi à une certaine période de son évolution un élargissement du foie et des glandes sanguines avec cachexie; mais là encore, antécédents morbides différents ; de plus, lésions osseuses particulières et suppuratives.

La fièvre et les sueurs qui accompagnent la tuberculose un peu avancée ne permettront pas de confondre cette maladie avec la cachexie syphilitique. Celle-ci se différenciera d'ailleurs de la cachexie cancéreuse, dans laquelle la peau, douce, mince, fine et satinée, revêt une coloration jaunâtre plutôt que bronzée.

L'œdème des membres est au reste plus commun dans ces deux dernières maladies que dans la syphilis, où il n'existe guère qu'autant qu'il se trouve lié à une thrombose veineuse.

Pronostic. — Le pronostic des affections des glandes hémopoiétiques survenant à cette période de la syphilis ne peut être que très-grave. Les fonctions de ces glandes une fois troublées, l'organisme se trouve, en effet, dans les plus fâcheuses conditions ; la modification que ces glandes font subir au sang liquide destiné à entretenir la vie des organes et le jeu des rouages de l'organisme place celui-ci dans une sorte de cercle vicieux dont il lui est difficile de sortir.

Aussi, pour peu que ces lésions soient étendues, les agents thérapeutiques sont-ils sans résultats. Souvent alors la médication spécifique est un contre-sens. Le dépérissement fait des progrès, puis sur-

vient le marasme, l'état cachectique se prononce de plus en plus et trop souvent il finit par la mort.

ARTICLE VI. — APPAREIL DE LA CIRCULATION.

La syphilis ne porte pas son action avec une égale fréquence sur tous les organes qui composent cet appareil, et cela sans doute en raison des différences de structure qui leur sont propres. Le cœur et ses enveloppes sont le plus fréquemment affectés. Viennent ensuite les artères, car il n'est pas douteux que certaines lésions artérielles ne soient tributaires de la syphilis. Quant aux veines, aucun fait positif ne démontre encore qu'elles aient jamais subi les atteintes de cette maladie.

§ 1. — Affections syphilitiques du cœur et de ses enveloppes.

Ricord, Clinique iconographique de l'Hôpital des vénériens, planche XXIX, et *Gazette des hôpitaux*, août 1845, n° 101. — Lebert, Atlas d'anatomie pathologique, t. I, pl. LXVIII. — Lhonneur, Bulletin de la Société anat., année 1856, p. 12. — R. Virchow, La syphilis constitutionnelle. Paris, 1860, p. 108. — S. Wilks, On the syphilitic affections of internal organs, p. 41. — Ruth. Haldane, *Edinburg Med. Journal*, t. VIII, p. 435, septemb. 1862. — Lancereaux, *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 1864.

On ne peut songer à contester l'existence déjà ancienne de ces affections, bien qu'elles aient jusque dans ces derniers temps à peu près complétement échappé à l'attention des observateurs. Sans nul doute, une étude rétrospective un peu sérieuse les ferait reconnaître, dans quelques cas, décrits sous les noms d'induration cardiaque, de tubercules ou de cancer du cœur. Parmi les observations rassemblées par le professeur Bouillaud (1), quelques-unes présentent avec les nôtres une si grande ressemblance anatomique, qu'il y a lieu de croire aussi à une identité dans la nature du mal. Le péricarde et le cœur peuvent être isolément ou simultanément affectés.

A. AFFECTIONS SYPHILITIQUES DU PÉRICARDE.

Wilks et Virchow admettent l'existence de la péricardite syphilitique. Le dernier de ces auteurs rapporte un fait dans lequel des

(1) *Traité des maladies du cœur*, 1835, t. II, art. *Tubercules et Cancer du cœur.*

cordons membraneux unissaient le cœur au péricarde ; il y avait en même temps une myocardite. Aucun autre observateur, à ma connaissance, n'a parlé de cette manifestation. Néanmoins, malgré ce silence qui témoigne de la rareté des lésions syphilitiques du péricarde (1), je ne puis hésiter à rattacher à la syphilis les altérations que présente cette toile fibro-séreuse dans deux des observations qui me sont personnelles.

Dans un de ces faits, l'épaississement du péricarde rappelle jusqu'à un certain point la phlegmasie interstitielle des organes parenchymateux ; dans l'autre, l'existence d'une tumeur saillante à la surface interne de cette membrane ne manque évidemment pas d'analogie avec les gommes de ces mêmes organes. Cette tumeur, du reste, grosse comme une petite noisette, de coloration jaunâtre, de consistance un peu molle, coïncidait avec d'autres altérations syphilitiques et présentait tous les caractères objectifs des gommes en même temps qu'elle en avait la composition histologique.

Aucun trouble fonctionnel ne fut ici la conséquence du désordre anatomique ; mais on conçoit très-bien qu'il puisse en être autrement, et qu'une tumeur gommeuse faisant saillie dans la cavité du péricarde puisse gêner les mouvements du cœur, déterminer un bruit de frottement, et quelquefois même devenir le point de départ d'une péricardite secondaire.

Ainsi, dépôts gommeux diffus ou circonscrits et péricardite membraneuse chronique, telles sont les altérations qui, dans des cas très-rares, se montrent du côté du péricarde ; mais tandis que le dépôt gommeux peut être indépendant de toute lésion cardiaque, la péricardite simple est le plus ordinairement liée à un désordre anatomique de la substance musculaire du cœur.

B. AFFECTIONS SYPHILITIQUES DU CŒUR.

L'un des premiers (2), Corvisart chercha à établir une relation étiologique entre la syphilis et les affections cardiaques. De la ressemblance des végétations valvulaires du cœur avec les excroissances

(1) Dans une observation de Wagner il est bien question d'un dépôt gommeux du péricarde ; mais l'existence de la syphilis n'y est pas suffisamment démontrée.

(2) Portal (*Anat. médicale*. Paris, 1803) dit que le virus vénérien peut produire l'érosion du cœur et en affaiblir les parois. Ne pouvant résister à l'effort du sang, celles-ci se relâchent, et les cavités du cœur sont agrandies et dilatées. Cela est

vénériennes des parties génitales, il conclut à l'identité d'origine de ces productions morbides (1).

Sans doute, l'idée était bonne, mais elle ne reposait que sur une analogie grossière et toute défectueuse. Aussi Laennec (2) crut-il devoir mettre en doute l'opinion de son illustre prédécesseur. Plus tard, le professeur Bouillaud, formulant la remarquable loi de coïncidence des affections cardiaques et du rhumatisme articulaire aigu (3), montra qu'il fallait, dans les faits rapportés par Corvisart, reconnaître plutôt l'influence de la maladie rhumatismale que celle de la syphilis. Julia toutefois essaya (4) de remettre en honneur les idées de Corvisart en s'appuyant sur la même comparaison. Mais ce qu'il dit des ulcérations du cœur n'est pas fait pour entraîner la conviction. D'ailleurs, comme la plupart des altérations syphilitiques des viscères, celles du cœur ne peuvent être comparées qu'aux lésions tertiaires de la vérole. Nous retrouvons là, en effet, les mêmes formes anatomiques que nous avons déjà rencontrées dans les muscles de la vie animale.

Myocardite interstitielle syphilitique. — Cette forme coïncide le plus souvent avec des dépôts gommeux du cœur. Dans un cas observé par Virchow il y avait tout à la fois une myocardite gommeuse du cœur droit et une myocardite simple du ventricule gauche. Ce ventricule tout entier était dilaté, mais surtout en avant et à gauche. Vers la pointe existait un diverticule capable de recevoir une noix muscade dans sa cavité tapissée par un endocarde très-épaissi, sclérotisé, et en partie remplie par un thrombus adhérent aux parois. Les deux muscles

prouvé par de nombreuses observations de Morgagni, de Sénac, Lieutaud, etc. Ces observations sont peu concluantes.

Le cas suivant, qui se trouve cité dans les *Mémoires de la Société royale de médecine*, année 1775, n'est peut-être pas sans quelque valeur à ce point de vue :

Une fille de 22 ans, renfermée dans l'hôpital du Refuge de Perpignan, mourut après avoir présenté les symptômes les plus graves de la syphilis constitutionnelle et de plus des accidents du côté du cœur avec une douleur pongitive dans cette région vers les derniers temps. L'autopsie cadavérique montra une large ulcération qui occupait la face postérieure du cœur dans toute l'étendue des deux ventricules. Au fond de cet ulcère on ne trouvait plus que quelques fibres musculaires qui formaient une toile très-mince et qui furent rompues par une légère pression du doigt. La substance cardiaque environnante était notablement indurée : le cœur avait 11 pouces 8 lignes de circonférence au-dessous des oreillettes, et l'ulcère avait 9 pouces 2 lignes et demie.

(1) *Essai sur les maladies du cœur*, p. 89, édit. de l'*Encyclopédie des scienc. méd.*

(2) *Traité de l'auscultation*, t. III, édit. Meriadec Laennec. Paris, 1831.

(3) *Traité des maladies du cœur*. Paris, 1835.

(4) *Gazette médicale de Paris*, 1845.

papillaires de la valvule mitrale étaient presque complétement ratatinés et transformés en cordons durs et aplatis, constitués par un tissu blanchâtre, analogue au tissu de cicatrice ; à leur sommet les fibres musculaires existaient encore. Les fibres tendineuses, celles du muscle papillaire postérieur particulièrement, étaient raccourcies et un peu épaissies. La lame antérieure de la valvule mitrale était également épaissie. Sur presque toute l'étendue du ventricule, l'endocarde était blanc-bleuâtre ou jaunâtre, d'un aspect terne; il était épaissi, inégal, mamelonné, et ne présentait guère ses caractères normaux qu'à la base du ventricule et au niveau de la cloison. Au-dessous de l'endocarde, le tissu musculaire du cœur. avait disparu et était remplacé par un tissu fibreux relativement très-vasculaire, comme œdématié et très-différent de l'endocarde dur, rigide et presque sclérotisé ; en plusieurs points de ce tissu existaient des tubérosités aplaties ou arrondies, d'un blanc jaunâtre, de consistance sèche, ferme, résistante, caséeuse (1).

Dans le seul cas où cette altération s'est présentée à mon examen en l'absence de dépôt gommeux, elle occupait encore le ventricule gauche. Moins étendue que dans le fait de Virchow, elle se trouvait caractérisée par la présence d'un tissu fibreux blanchâtre, parsemé sur quelques points de taches jaunâtres. Ce tissu formait dans la paroi ventriculaire des intersections (2) jusqu'à un certain point comparables à celles qu'on voit normalement dans certains muscles de la vie animale, dans les muscles grand-droits en particulier. Le cœur était augmenté de volume.

Telle est la myocardite syphilitique à un certain moment de son évolution. Vient-on à la suivre dans ses diverses phases, et c'est chose facile, parce que l'âge des différents points lésés est d'ordinaire très-différent, voici ce que l'on observe : d'abord, apparition de noyaux arrondis dans l'épaisseur du sarcolemme ou dans la trame connective, ormation de cellules et de fibres de tissu conjonctif, vascularisation ; puis sur quelques points métamorphose graisseuse des éléments nu-

(1) *Loc. cit.*, p. 111 et suiv.

(2) En suivant sous le champ du microscope les fibres musculaires qui venaient aboutir à ces sortes d'intersections fibreuses, nous avons pu constater la disparition progressive des contours du myolemme et nous assurer que celui-ci était le point de départ de la nouvelle formation. La multiplication nucléaire que l'on y constatait nous porte à penser qu'au moins dans quelques cas les fibres musculaires du cœur sont susceptibles de subir une véritable transformation fibreuse.

cléaires et cellulaires, d'où la coloration jaunâtre ci-dessus indiquée; en même temps, et secondairement à la formation de substance conjonctive, dégénération granulo-graisseuse des fibres musculaires dont le contenu peut être complétement résorbé.

Ainsi caractérisée, cette forme de la syphilis cardiaque, qui ne diffère pas de la myosite syphilitique diffuse, doit être distinguée de la myocardite du rhumatisme et de celle que produit quelquefois l'abus prolongé des boissons alcooliques. A ne considérer que leurs caractères objectifs, ces diverses altérations sont difficilement séparables; d'autres caractères heureusement permettent de les différencier : c'est, dans le cas d'affection rhumatismale, la lésion presque constante des orifices et des valvules du cœur; dans le cas d'une intoxication alcoolique, la surcharge adipeuse de la base du cœur, la coloration jaunâtre et la dégénérescence graisseuse des fibres musculaires en dehors de la région envahie par la phlegmasie.

Myocardite gommeuse. — Les lésions qui se rattachent à cette forme diffèrent tellement des autres lésions cardiaques, qu'il est permis d'avancer avec certitude qu'elles présentent un cachet de spécificité incontestable (1). La description que nous allons en donner repose sur l'analyse de huit faits rapportés par divers auteurs et par nous-même (2). Dans ces faits l'altération cardiaque a pour siége :

Les deux ventricules.........	2 fois.
Le ventricule gauche.........	2 fois.
Le ventricule droit...........	2 fois.
La cloison interventriculaire..	1 fois.
L'oreillette droite............	1 fois.

Les parois des cavités du cœur sont donc le siége habituel de l'altération, les valvules et les orifices restent le plus souvent intacts;

(1) On se convaincra de la vérité de cette assertion en comparant les figures de l'Iconographie de Ricord et de l'Atlas de Lebert avec celles qui font partie de ce travail.

(2) Ces faits sont de :

Ricord..................................	1
Lebert..................................	1
Lhonneur...............................	1
Virchow................................	1
Wilks....................................	1
Lancereaux............................	2
Haldane................................	1

telle est la première donnée que nous fournit cette analyse, et certes, elle n'est pas sans intérêt, car elle peut déjà servir à différencier les affections syphilitiques du cœur des lésions rhumatismales. Est-ce à dire cependant que les orifices du cœur avec leur structure fibreuse échappent complétement à l'action de la syphilis? Je ne le pense pas, surtout après un fait que j'ai tout récemment observé.

Chez un homme à l'autopsie duquel je trouvai des exostoses, une perforation des os du crâne, un foie parsemé de dépressions et de sillons cicatriciels, il existait en même temps un épaississement du bord libre de la valvule mitrale en l'un de ses points. La valvule tricuspide présentait un semblable épaississement, et de plus, à sa partie moyenne, une perforation large de près de 1 centimètre. Les cordages tendineux aboutissant à cette valvule étaient atrophiés, les colonnes charnues fermes et de coloration blanchâtre, abondamment pourvues de tissu fibreux.

Lorsqu'il ne contient que des dépôts gommeux, le cœur n'augmente pas sensiblement de volume ; mais il n'en est plus de même quand à l'altération gommeuse s'ajoute une myocardite. Alors deux circonstances contribuent à rendre cet organe plus volumineux : d'une part, l'épaississement de la paroi ventriculaire, d'autre part la dilatation consécutive du ventricule lésé. Dans ces conditions sa forme est modifiée par le fait de la prédominance relative d'une cavité sur l'autre. Quoi qu'il en soit, la consistance du tissu cardiaque est ferme, sa résistance est grande partout où des éléments musculaires sont remplacés par du tissu fibreux. En ces points le tissu des parois lésées crie sous le scalpel. La surface externe de l'organe, blanchâtre ou légèrement décolorée, conserve encore son état lisse, elle est rarement inégale. De petites tumeurs jaunâtres font quelquefois saillie à sa surface interne. L'endocarde est épaissi, blanchâtre, dur, dans certains cas comme cartilagineux et toujours intimement adhérent au tissu sous-jacent. C'est au sein de ce tissu, dans l'épaisseur des muscles ou de la trame fibreuse qui les remplace, que siégent les dépôts gommeux. Ceux-ci sont ordinairement arrondis, plus ou moins réguliers et du volume d'un pois ; quelquefois ils ont le volume et la forme d'un noyau de cerise ou d'un haricot (voyez pl. II, *fig.* 1).

De consistance ferme ou caséeuse, de coloration grisâtre ou jaune blanchâtre, ces tumeurs sont enveloppées d'une sorte d'atmosphère fibreuse grisâtre vasculaire, elles sont homogènes à la coupe, sèches

plutôt qu'humides, et ne diffèrent pas, quant à leurs caractères microscopiques, des gommes des autres organes; elles sont composées des mêmes éléments de tissu conjonctif, tantôt à la période d'évolution progressive, tantôt à la période de régression. Les fibres musculaires comprises au sein d'une semblable altération sont toujours plus ou moins profondément modifiées. Elles peuvent présenter tous les degrés de l'altération granulo-graisseuse, depuis l'état à peine granulé jusqu'à la disparition complète du contenu du sarcolemme; leur coloration est en rapport avec la plus ou moins grande abondance des granulations graisseuses qui s'y trouvent déposées.

Les dépôts syphilitiques du cœur sont soumis à la même évolution pathologique que les gommes du tissu cellulaire et des muscles, c'est-à-dire que, par le fait de la métamorphose régressive qu'ils sont appelés à subir, ils se ramollissent peu à peu, et s'ils ne sont pas résorbés, ils peuvent déterminer l'ulcération des parties voisines; de là issue possible de la substance qui les compose dans les cavités cardiaques, embolies et infection générale, ainsi que semble le démontrer un fait observé par le professeur Oppolzer.

Un homme autrefois porteur de syphilis est tout à coup frappé d'hémiplégie, et succombe au bout de quelques jours. On constate à l'autopsie un ramollissement du lobe moyen de l'hémisphère droit avec oblitération de l'artère de Sylvius. Au-dessous des valvules aortiques existent deux petits orifices conduisant dans une cavité capable de contenir un haricot, et qui paraît avoir été produite par une tumeur gommeuse ramollie (1). Gardons-nous toutefois de conclure d'après ce seul fait que les gommes peuvent fréquemment se vider dans les cavités du cœur; il n'en est rien. L'endocarde, en effet, le plus souvent épaissi, s'oppose à cette fâcheuse terminaison.

Notons, pour compléter l'étude des lésions cardiaques dans la syphilis, que deux fois, dans les faits qui nous sont personnels, les parois ventriculaires gauches, très-notablement épaissies, présentaient à la coupe une surface lisse, brillante, d'aspect lardacé, de coloration gris-jaunâtre et d'une consistance légèrement onctueuse. La cavité ventriculaire était en même temps dilatée. Cette altération caractérisée histologiquement par la transformation de la fibre musculaire en une masse homogène et brillante, peut être rapprochée de la

(1) Voyez dans *Schmidt's Jahresb.*, 1860, p. 89 et suiv. l'art. de Meissner.

dégénérescence amyloïde, que nous avons vue dans le foie, d'où un certain degré de ressemblance entre les lésions syphilitiques des organes de l'abdomen et celles du cœur. Celles-ci sont en résumé la myocardite simple et la myocardite gommeuse, accompagnée ou non d'endocardite ou de péricardite, et enfin la dégénérescence lardacée, qui, comme nous le savons, n'a qu'une relation indirecte avec la syphilis.

Je ne ferais que répéter ici ce que j'ai déjà dit plus haut si je voulais énumérer les caractères qui distinguent les gommes du cœur des néoplasmes tuberculeux et cancéreux; ces dernières lésions, du reste, sont toujours secondaires lorsqu'elles envahissent le cœur.

Étude symptomatique. — La plupart des faits qui servent à notre analyse ne fournissent, il faut bien le reconnaître, que des données symptomatiques fort incomplètes. C'est qu'en effet une mort inattendue ou subite est venue le plus souvent emporter les malades, lorsqu'ils avaient été incomplétement examinés. Voici néanmoins les symptômes tels qu'ils ont été observés, ils sont les uns fonctionnels, les autres physiques. Les palpitations ont rarement fait défaut, elles étaient énergiques, violentes, accompagnées d'une impulsion forte à la région précordiale, et d'un désordre manifeste des battements du cœur, désordre qui se traduisait au pouls par l'irrégularité et une faiblesse plus ou moins grande. Une sensation de dyspnée et de pénible oppression dans les derniers temps de la vie surtout s'ajoutait aux précédents symptômes. Plusieurs malades ont accusé une douleur vive et une gêne précordiale; on observait la décoloration de la peau du visage, un léger degré de cyanose aux lèvres, un œdème des extrémités en général peu marqué. Les vaisseaux veineux du cou et des extrémités étaient le plus souvent distendus, et en fin de compte survenaient tous les symptômes de l'asystolie.

La percussion a montré que la matité du cœur était plus étendue que dans l'état physiologique. L'auscultation a révélé des bruits plus sourds, et deux fois un souffle très-léger accompagnait le premier bruit normal et avait son maximum à la pointe. Je me contente de rappeler ici les symptômes d'infection secondaire mentionnés dans le fait d'Oppolzer.

La marche des affections que je viens de décrire a toujours été lente, progressive et insidieuse. Leur durée, généralement longue, est presque impossible à déterminer justement à cause de la difficulté qu'on éprouve à préciser le début.

La mort a été la terminaison constante dans les faits que j'ai

cités. Survenue lentement et peu à peu dans trois cas, elle a été une fois rapide et brusque, quatre fois presque subite, et la suite très-probable d'un arrêt primitif des battements du cœur. Cette issue ne doit pas surprendre quand nous savons que les parois ventriculaires sont le siége spécial de l'altération. Cependant il faut bien savoir que celle-ci n'a pas la mort pour conséquence forcée, et que la guérison peut avoir lieu tant que la fibre musculaire n'est pas détruite.

Un malade que nous avons pu suivre pendant près de six mois nous a fourni la preuve de ce que nous avançons. Il s'agit d'un homme jeune, bien constitué, et d'une bonne santé habituelle, chez lequel, au moment de son entrée à l'Hôtel-Dieu, nous pûmes constater en même temps qu'un léger œdème des extrémités une augmentation du volume du foie telle que cet organe descendait jusqu'à l'ombilic. Sa surface ne paraissait pas lisse, mais légèrement bosselée; le cœur, à peine plus volumineux, ne présentait aucun bruit anormal, mais ses battements étaient très-irréguliers, et le malade accusait une oppression qui datait de plusieurs mois : les autres organes étaient sains. Malgré l'absence d'antécédents avoués, le malade, en raison de l'état de son foie, fut soumis à un traitement spécifique, et pendant plusieurs mois il prit de l'iodure de potassium. Or, sous l'influence de ce médicament, nous vîmes l'oppression disparaître, le cœur reprendre sa régularité, et le foie diminuer de volume au point de ne plus depasser que de un à deux travers de doigt le rebord costal. La cachexie, en même temps, fit place à un certain embonpoint.

Diagnostic. — Dans le cœur pas plus que dans les autres viscères, les affections syphilitiques n'ont de signes véritablement pathognomoniques. Aussi, pour les reconnaître, faut-il avant tout diagnostiquer l'infection générale. Cependant je me permettrai de faire remarquer que ces affections constituent dans la classe des lésions cardiaques un groupe distinct et qu'il est jusqu'à un certain point possible de différencier des affections rhumatismales. Effectivement, vu leur localisation dans l'épaisseur des parois musculaires, les affections syphilitiques du cœur se manifestent à peu près uniquement par de l'oppression, de la dyspnée, de l'irrégularité dans les battements du cœur et de l'inégalité dans le pouls, tandis que les affections rhumatismales, qui ont pour siége ordinaire les valvules du cœur gauche, sont accompagnées en général d'un souffle intense et d'un œdème toujours plus marqué. La myocardite rhumatismale, la myocardite alcoo-

lique et les dilatations secondaires des cavités cardiaques, ne donnant parfois lieu à aucun bruit de souffle, se rapprochent davantage des affections syphilitiques du cœur, d'autant mieux que, comme ces dernières, elles se manifestent à une certaine période par des phénomènes d'asystolie. Dans ces conditions, les antécédents du malade, l'existence ou l'absence de la cachexie seront d'un grand secours pour le diagnostic (1). Le fait suivant peut donner une idée des difficultés qu'on rencontre en pareil cas et de la possibilité de les surmonter.

Une femme âgée de 37 ans entre à l'Hôtel-Dieu pour se faire traiter d'exostoses situées à la partie antérieure des tibias. Cette femme, d'une force et d'une constitution ordinaires, n'a jamais fait de maladie sérieuse; il y a six ans environ qu'elle a contracté une syphilis. C'est à cette maladie que se rattachent évidemment les exostoses dont elle est affectée aujourd'hui. Mais cette femme est en outre pâle, décolorée, amaigrie, elle a un foie qui déborde de deux à trois travers de doigt le rebord costal. Elle a de l'essoufflement, une sensation de gêne précordiale, des palpitations violentes. La percussion montre que le cœur est augmenté de volume, et l'auscultation y révèle un souffle doux. Les battements de cet organe sont irréguliers, le pouls est faible et dépressible. Ne voyant aucune cause qui vînt expliquer les désordres du cœur et du foie, je soupçonnai que les lésions de ces organes pouvaient se rattacher à la syphilis, et c'est en effet ce que vint prouver un traitement par l'iodure de potassium.

Pronostic. — Si nous voulions nous en rapporter uniquement aux faits qui ont servi à notre analyse, il en résulterait que la syphilis cardiaque ferait courir les plus grands dangers, et qu'ainsi son pronostic serait des plus graves. Mais un tel jugement risquerait d'être inexact. Il faut observer, en effet, que nous n'avons examiné ici que des faits qui ont eu la mort pour terminaison. Il y a tout lieu de croire qu'à côté de ces faits il existe des cas dont l'origine reste méconnue, par cela seul qu'ils sont moins sérieux et qu'ils se terminent

(1) On me permettra de faire remarquer que j'ai, le premier, si je ne me trompe, cherché à montrer que les affections du cœur présentaient des différences anatomiques et symptomatiques en rapport avec leur provenance. De même, je crois avoir établi des distinctions importantes dans cet état anatomique du foie connu depuis Laennec sous le nom de cirrhose, et j'avoue sincèrement que j'ai été quelque peu surpris de voir reproduire quelquefois textuellement ce que j'ai écrit à ce sujet, sans qu'on se soit donné la peine de citer la source.

par la guérison; les deux cas qui précèdent sont du moins favorables à cette supposition.

Quoi qu'il en soit, les désordres syphilitiques du cœur sont toujours à redouter à cause des importantes fonctions de cet organe. Les deux observations suivantes font connaître ces désordres et leur gravité.

Oppression violente, asystolie, accès épileptiformes. — Mort rapide. — Autopsie : cicatrices à la surface des circonvolutions cérébrales; lame membraneuse dans la substance blanche cérébrale; amas de globules de graisse dans le corps strié. — Tumeurs gommeuses multiples sous l'endocarde et dans l'épaisseur de la paroi ventriculaire gauche. — Atrophie et dégénérescence des fibres musculaires. — Dépressions et sillons cicatriciels à la surface du foie. — Double sarcocèle syphilitique.

Obs. XL.— D..., peintre, âgé de 29 ans, jeune homme fortement constitué, est depuis plusieurs mois fatigué, peu apte au travail; sa peau est décolorée, terreuse; mais ces symptômes attirent peu son attention, il croit surtout devoir les rattacher à sa profession. Depuis trois jours seulement il s'est trouvé dans la nécessité de cesser son travail; il éprouve des étourdissements, des vertiges, ressent des palpitations violentes, un malaise général et une dyspnée considérable. Il se décide à entrer à l'hôpital. Quelques instants après son arrivée, il est pris d'un accès épileptiforme ; il perd à peu près entièrement connaissance; il est en proie à une dyspnée excessive. Les extrémités sont cyanosées et légèrement œdémateuses, le pouls très-petit et à peine perceptible. A l'examen de la poitrine, on ne peut constater d'une manière positive l'existence d'un bruit anormal à la région du cœur; mais cet organe paraît augmenté de volume, et il reste manifeste qu'il doit être lésé. Quelques râles disséminés sont entendus dans la poitrine. Peu de temps après le malade succombe tout à coup.

Autopsie. — Putréfaction nulle, roideur cadavérique, peau saine. Deux cicatrices blanches, arrondies, de petite dimension, au-devant de l'un des tibias; autre cicatrice sur le prépuce; œdème nul ou à peine marqué aux malléoles. Le pharynx n'est pas examiné.

Les méninges ne sont pas altérées. Au premier abord, le cerveau paraît sain ; cependant, avec un examen attentif, on ne tarde pas à y trouver des altérations manifestes, même à l'œil nu : la corne postérieure gauche est ferme et plus résistante à la pression, et l'on remarque, après avoir enlevé la pie-mère qui la recouvre, qu'il existe, à la surface de deux circonvolutions, plusieurs petites dépressions étoilées assez peu profondes, mais rappelant néanmoins les sillons si fréquents de la surface du foie dans les cas de syphilis viscérale. Une section est faite à ce niveau, et plus profondément, dans la substance blanche à peu de distance de la substance grise, on trouve une traînée linéaire légèrement saillante, d'une teinte grisâtre qui tranche sur la coloration de la substance voisine ; cette traînée ou cloi-

son membraneuse offre 4 à 5 centimètres de longueur sur 1 centimètre de profondeur; dans sa partie supérieure elle paraît se terminer par une membrane mince, rosée, qui s'étale de façon à former une sorte de kyste. A l'examen microscopique, cette lésion est constituée par une matière grenue, un tissu fibroïde, des noyaux embryoplastiques très-nombreux et apparents surtout après l'addition de l'acide acétique qui dissout une partie des granulations libres. (Pl. II, fig. 8 et fig. 8'.) Au voisinage de la bande fibreuse la substance cérébrale est peu altérée. Dans le corps strié, on aperçoit à la coupe des points d'une coloration jaune, qui, à l'examen microscopique, sont constitués principalement par des globules de graisse disposés en amas. Dans quelques parties du bulbe, j'avais été frappé de la même coloration; mais n'ayant pu faire l'examen que deux jours plus tard, il m'a été impossible de constater si la même lésion existait.

La substance grise des circonvolutions se fait remarquer en quelques endroits par sa fermeté, la diversité de ses couleurs, et principalement par une coloration jaunâtre médiane. Parmi les capillaires de cette substance, les plus petits sont couverts de fines granulations pigmentaires; sur le trajet des plus gros se voient de petits grains d'hématine et des granulations graisseuses; quelques-uns des capillaires du corps strié sont dans un état de dégénérescence graisseuse avancée. Il ne se rencontre pas un seul tubercule dans les poumons; vers la base, congestion hypertrophique et quelques points de broncho-pneumonie. Les bronches ne sont pas examinées.

Cœur. — Faible quantité de sérosité dans le péricarde. Le cœur, augmenté de volume, recouvert d'une légère couche de graisse, offre à sa surface interne une injection manifeste. Incisées, les parois de cet organe restent béantes. Dans les deux tiers supérieurs du ventricule gauche, immédiatement au-dessous de la valvule mitrale, on aperçoit sur toute la circonférence de la cavité des saillies lenticulaires et jaunâtres, situées au-dessous de l'endocarde, à peine épaissi; entre ces saillies disséminées se rencontre un tissu fibreux et grisâtre. Les colonnes charnues de second et de troisième ordre sont indurées et atrophiées; l'une des deux colonnes de premier ordre est épaissie et présente une coloration jaune foncé. Plus haut, à la base de l'aorte, outre les petites tumeurs qui font saillie dans l'endocarde, on trouve dans l'épaisseur de la paroi des tumeurs jaunâtres ou grisâtres, les unes arrondies, les autres en forme de croissant. Ces tumeurs sont en général entourées d'un cercle rosé et d'une couche plus ou moins épaisse de tissu fibreux; du volume d'un pois ou d'une grosse lentille, elles sont difficilement décorticables. La cavité ventriculaire est dilatée. La paroi ventriculaire, épaissie dans les deux tiers supérieurs, est amincie dans le tiers inférieur; une incision faite à l'union de ces deux parties permet de constater du dedans au dehors :

1° L'intégrité de l'endocarde; 2° une première couche mince, jaunâtre ou rosée, assez friable; 3° une couche moyenne résistante, blanchâtre ou grisâtre; 4° une couche de coloration bronzée et composée en grande

partie de fibres musculaires plus ou moins altérées; 5° la couche extérieure de graisse, et enfin le péricarde qui est sain. (Pl. II, fig. 1 et fig. 1'.)

Les nodules situés sous l'endocarde, comme ceux qui se rencontrent dans la paroi ventriculaire, sont composés de noyaux, de cellules et de fibres de tissu conjonctif. Chacun de ces éléments fortement chargé de granulations est devenu presque méconnaissable, et, sur quelques points, on ne rencontre guère qu'une matière amorphe très-granuleuse. Dans la partie grisâtre qui entoure les tumeurs, on ne trouve que des fibres de tissu conjonctif non altérées et quelques vaisseaux. Ce sont ces mêmes fibres que l'on rencontre dans la plus grande étendue de la paroi cardiaque, partout où existe la zone fibreuse moyenne. Dans les parties jaunes, il se trouve de la graisse en plus ou moins grande abondance.

Les fibres musculaires, écartées, comprimées, étouffées par le néoplasme, petites, très-manifestement atrophiées, sans striation apparente, présentent à l'intérieur du sarcolemme des granulations graisseuses très-abondantes; elles sont sur quelques points comme agglutinées les unes aux autres à l'aide d'une substance finement grenue, de noyaux plus ou moins granuleux et de globules gras. En résumé, néoplasme constitué par des éléments de tissu conjonctif, dans un état de développement ou de dégénération plus ou moins avancé, formant à gauche, tantôt de petites tumeurs, tantôt des cloisons fibreuses plus ou moins épaisses et résistantes. Valvules saines, dilatation légère sans altération des cavités droites du cœur.

La *rate* est volumineuse; sa longueur est de 18 centimètres; son parenchyme n'est pas sensiblement altéré; elle est simplement hypertrophiée; sa déchirure est très-granuleuse. Les ganglions lymphatiques prévertébraux, ceux qui siégent sur le trajet des veines iliaques et quelques-uns de ceux compris dans le mésentère, sont remarquables par leur augmentation de volume, leur coloration violacée ou brunâtre, leur mollesse sans friabilité, enfin leur forme allongée.

Tube intestinal.—Une portion de la muqueuse de l'intestin grêle est rougeâtre et parsemée de points blanchâtres nucléaires, qui rappellent la psorentérie. Les reins sont d'une coloration plus jaune qu'à l'ordinaire; l'épithélium des tubuli est altéré; la trame de la substance conjonctive semble épaissie, et quelques-uns des corpuscules de Malpighi sont atrophiés.

Le foie se fait remarquer par des dépressions profondes qui occupent sa face antérieure, et qui, avant tout autre examen, pouvaient mettre sur la voie de l'infection syphilitique. Le lobe droit, d'un volume ordinaire, d'une coloration café au lait tachetée de brun, d'une consistance un peu molle, offre, à quelques centimètres du ligament suspenseur, une dépression de forme circulaire assez profonde pour cacher l'extrémité du petit doigt. De cette dépression part un sillon sinueux et profond verticalement dirigé, qui va gagner le bord inférieur, tandis qu'en haut il s'arrête à quelques centimètres du bord supérieur. Un autre sillon provenant de la même dépression va se perdre suivant une direction transversale. Le fond de la dépres-

sion et celui des sillons sont constitués par une couche peu épaissede tissu fibreux résistant et jaunâtre. La surface de section de ce lobe présente une coloration peu différente peu de celle de la surface extérieure. On n'y rencontre point de tumeur.

Le lobe gauche est atrophié et méconnaissable; il a au plus 3 centimètres de hauteur sur 2 centimètres d'épaisseur ; il est labouré de sillons profonds réunis par des tractus fibreux et de fausses membranes adhérentes aux parties voisines. Des sillons analogues se retrouvent à la face postérieure de ce même lobe. Les cellules sont petites et granuleuses au niveau des sillons cicatriciels, et le tissu conjonctif est plus abondant dans ces mêmes endroits; partout ailleurs les cellules hépatiques sont riches en granulations graisseuses.



Fig. 4. — Foie syphilitique. Un cinquième du volume normal. — A, moitié gauche du lobe droit. — *a*, lobe gauche. — *b*, vésicule biliaire. — *c*, sillon interlobaire. — *d*, dépressions cicatricielles occupant la moitié environ de la hauteur de l'organe. — *e*, autre cicatrice avec fausses membranes.

Testicules. — Avant d'enlever ces organes, je constate que leur volume, peu différent du volume normal, est plutôt diminué; au lieu de fuir sous la main qui les presse, ils restent immobiles et adhérents à la tunique vaginale. Ils sont le siége d'une dureté anormale; ils ont perdu leur élasticité habituelle, et sous les doigts on sent des plaques indurées, de petites tumeurs et une sorte d'empâtement qui paraît avoir pour siége la tunique albuginée. L'examen anatomique révèle l'état d'intégrité parfaite des deux épididymes. (Il faut peut-être dire qu'ils sont légèrement atrophiés.) Union intime et complète des deux feuillets de la tunique vaginale, épaississement de la tunique albuginée. De cette dernière membrane partent, dans le testicule droit, des cloisons blanchâtres très-apparentes qui pénètrent dans son épaisseur, et le divisent ainsi en plusieurs lobules; entre ces cloisons la substance sécrétante est d'une coloration plus jaune qu'à l'état normal, ce qui tient aux granulations et aux globules graisseux contenus à l'intérieur des lobules spermatiques. Le testicule gauche offre les mêmes adhérences de la tunique vaginale et de la tunique albuginée; les cloisons extérieures sont moins apparentes, mais on y trouve plusieurs tumeurs pisiformes dures et jaunâtres. Un tissu entièrement fibreux et vasculaire, analogue au tissu érectile, se rencontre au voisinage du bord épididymaire. L'altération des tubes séminifères est très-avancée (atrophie et dégénération épithéliale). Un tissu fibreux ou fibroïde plus ou moins chargé de granulations compose à peu près exclusivement les petits nodules gommeux (Voy. pl. 1, fig. 9).

Palpitations, dyspnée excessive, cyanose des extrémités, asystolie. — Tu-

meurs gommeuses et transformation fibreuse des parois du ventricule droit. — Gommes et cicatrices du foie; cicatrices de la rate et des reins.

Obs. XLI. — M. F..., âgée de 44 ans, entre à la Pitié le 24 septembre, salle Saint-Charles, lit n° 38.

Cette femme, d'une forte constitution, n'a pas été interrogée sur ses antécédents. Amaigrie dès son entrée à l'hôpital, elle accuse de violentes palpitations, qui, suivant elle, auraient débuté il y a six mois environ, et c'est à la suite d'une couche, si on veut l'en croire, que ces palpitations lui seraient survenues. Je n'ai pu savoir ce qu'était devenu le dernier enfant de cette malade; mais elle a une petite fille qui est en ce moment traitée à l'hôpital Sainte-Eugénie pour une affection de poitrine.

Aux palpitations qu'elle accuse s'ajoutent de temps en temps des accès de suffocation, et tous ces accidents lui rendent le travail impossible. Embonpoint modéré, teinte de la peau un peu jaunâtre, absence d'œdème aux extrémités, abdomen volumineux et légèrement douloureux; toux quinteuse, dyspnée parfois extrêmement pénible, quelques râles dans la poitrine; impulsion cardiaque énergique, appréciable à la vue, bruit de souffle assez léger au premier temps, battements sourds, matité étendue, pouls petit et fréquent. Quelques jours après son entrée, la malade remarque que son côté gauche offre une température moins élevée que son côté droit.

Elle perd l'appétit, la dyspnée s'accroît, les palpitations sont plus fortes, la gêne est plus grande; la malade, presque toujours appuyée sur la table de nuit, demande de l'air à grands cris. Surviennent des vomissements muqueux et biliaires, le pouls disparaît presque entièrement, les extrémités se refroidissent, elles sont violacées.

Le 1er et le 2 octobre, les extrémités sont glaciales; la face est pâle; le pouls n'est plus perceptible aux radiales. Les battements du cœur sont tumultueux, sourds, irréguliers, à peine distincts. La tête, inclinée à droite, repose toujours sur la table de nuit; les veines du cou, gorgées de sang, sont soulevées par les artères placées sur leur trajet. L'impulsion est manifeste à la région précordiale pendant la systole ventriculaire; les vomissements continuent; la dyspnée s'accroît, et la mort arrive, le 3 octobre au matin, dans une sorte de coma.

La digitale, l'acétate d'ammoniaque furent sans effet comme le chloroforme auquel on M. Marotte recours en dernier lieu.

Autopsie. — Roideur cadavérique, absence de putréfaction, peau partout intacte.

Les os du crâne sont le siége d'une hyperostose très-marquée; ils présentent une épaisseur double de l'épaisseur normale. Aucune lésion appréciable à l'œil nu n'est rencontrée à l'examen de l'encéphale.

Les poumons sont le siége d'œdème et de congestion passive, mais sans autre altération appréciable.

Le cœur est recouvert d'une légère couche de graisse partout d'égale

épaisseur; il est augmenté de volume. Le ventricule droit et l'artère pulmonaire sont distendus par un sang noir coagulé. Après une incision longitudinale suivant la direction de l'infundibulum, les parois ventriculaires, au lieu de s'affaisser, restent béantes; elles sont fermes, indurées, surtout au niveau de la cloison, où leur épaisseur est considérable (3 centimètres, tandis qu'elles n'en ont que 2 dans le reste de leur étendue). Ces parois ont une apparence fibreuse. La pointe du ventricule est normale; c'est un peu au-dessus que commence l'altération, qui de là s'étend sur tout l'infundibulum.

On aperçoit en effet, à la face interne de toute cette portion du cœur droit, un grand nombre de petites saillies lenticulaires, de coloration blanche ou jaunâtre, qui tout d'abord éveillent l'idée d'une éruption variolique et qui ne sont pas sans analogie avec ces petites saillies jaunes qui se rencontrent fréquemment à la surface interne de l'aorte. Situées sous l'endocarde, qui paraît sain, ces petites tumeurs offrent des bords légèrement sinueux; elles sont séparées par des espaces d'un brun grisâtre; d'une fermeté assez considérable, elles résistent sous le couteau, comme d'ailleurs la plus grande partie du cœur droit. La coloration rouge du tissu musculaire a fait place à une teinte grisâtre; à l'examen microscopique, les fibres contractiles, atrophiées ou détruites, sont remplacées par des fibres de tissu conjonctif, une matière amorphe plus ou moins granuleuse, des éléments nucléaires ou cellulaires en petite quantité. La cavité ventriculaire est augmentée de capacité; l'orifice auriculo-ventriculaire et la valvule tricuspide ne sont pas altérés.

L'oreillette est dilatée mais ses parois sont intactes. L'orifice de l'artère pulmonaire est sain ainsi que le vaisseau tout entier.

Légère dilatation de la cavité ventriculaire gauche et épaississement de la paroi cardiaque de ce côté; coloration jaunâtre de cette paroi, qui est saine néanmoins dans la plus grande partie de son étendue. Les orifices et les valvules sont intacts. A part quelques caillots fibrineux, mous et récemment formés, qui se rencontrent dans le cœur droit, le sang contenu dans les cavités cardiaques est noir et fluide; la vue et le microscope constatent quelques globules de graisse à l'examen de l'un des caillots fibrineux. Concrétions sanguines légèrement adhérentes à la partie supérieure des veines fémorales; concrétions analogues, mais libres et flottantes, dans l'artère pulmonaire.

Le foie est augmenté de volume, d'une coloration brunâtre, d'une consistance plus que normale; sa face antérieure ou convexe a perdu son aspect lisse, elle est labourée de sillons plus ou moins profonds, foncés sur leurs bords et semblables à des cicatrices. Ces sillons, au fond desquels existent de petites tumeurs grisâtres ou blanchâtres, sont situés tout près des bords supérieur et inférieur, ils abondent surtout au voisinage du ligament suspenseur, et là ils sont plus profonds. En sectionnant le foie, on reconnaît à la partie supérieure du lobe droit, à 2 ou 3 centimètres de la surface, la présence d'une petite tumeur blanchâtre dure et résistante à

la pression ; un tissu grisâtre légèrement rosé et fibreux occupe la circonférence de cette tumeur. La substance hépatique du voisinage est comme rétractée et d'une coloration brunâtre plus foncée. Des fibres de tissu conjonctif, une matière amorphe et granuleuse, des noyaux et quelques cellules plasmatiques, tels sont les éléments constitutifs de la tumeur.

La rate, volumineuse, présente de 18 à 20 centimètres dans son diamètre vertical, elle offre à sa surface des dépressions analogues à celles du foie et d'où partent des traînées fibreuses qui pénètrent dans l'épaisseur du parenchyme. La surface des reins est parsemée de sillons et de dépressions sous forme de cicatrices, la substance rénale paraît intacte.

L'utérus est sain, les ovaires sont petits, ridés, atrophiés. Ces organes ont contracté des adhérences avec les parties voisines.

§ 2. — Affections syphilitiques des artères et des veines.

J. M. Lancisii de aneurismatibus opus posthumum, p. 52 ; in Scriptorum latinorum de aneurismatibus collectione. — Petsch, Dissertatio de exostosi cran., § 8, Ubinam aortæ aneurisma. Cité par Morgagni, Lett. LVIII, p. 427. — Morgagni, De sedibus et causis morbor., Lettre LVIII. — Dittrich, in Prager Viertelj., 1849, t. I, p. 21-41. — Gildemeester et Hoyack, Nederl. Weekbl., 1854, janvier, n° 23. — Steenberg, den Syphilit. hjernelidelse. Kjöb. 1860, et Canstatt's Jahrb., Bd. IV, 1861, p. 328. — Wilks, On the syphilitic affections of the internal organs, Guy's hospital Reports, 1863.— C.-O. Weber, Sitz.-Ber. d. Niederrhein. Ges. f. Natur-und Heilkunde. XX, Neue Folge X, *Medicin. Section*, p. 171, 1864.

A. LÉSIONS ARTÉRIELLES.

Les connaissances relatives aux affections syphilitiques du système artérioso-veineux sont peu étendues. On ne trouve à ce sujet que des données fort incomplètes chez les auteurs des derniers siècles, et jusqu'ici les faits qui signalent l'existence de modifications artérielles survenues dans le cours de la syphilis sont peu nombreux. Lancisi (1) rapporte deux cas d'anévrisme, l'un de l'artère sous-clavière gauche, l'autre de la sous-clavière droite, tous les deux produits par la cachexie vénérienne consécutivement à l'altération des parties voisines des vaisseaux malades. Voici l'un de ces faits :

Un marchand de poisson, de mœurs dissolues, fidèle au culte de Bacchus, de Diane, de Neptune et de Vénus, n'oppose aux blessures qu'il reçoit de cette dernière que la vigueur insuffisante de sa robuste constitution. A la suite de nombreux chagrins, il est pris de douleurs

(1) Marc Aurèle Séverin, au dire de Lancisi, aurait vu des faits semblables.

de la clavicule gauche, bientôt suivies de la tuméfaction de cet os ; enfin, des pulsations artérielles s'établissent au-dessous de la tumeur et sont accompagnées de souffrance dans l'épaule et dans le cou. Les purgations et les saignées, loin d'améliorer cet état, l'exaspèrent. Non-seulement l'artère est comprimée par le gonflement des parties qui l'entourent, mais ces parties elles-mêmes sont corrodées par la suppuration. Un traitement par les mercuriaux et les sudorifiques triomphe d'une manière inespérée. L'artère dilatée n'y perd que sa primitive élasticité. Au bout de cinq années, il n'était pas survenu de récidive.

La seconde observation, peu différente de la première, n'est pas moins surprenante.

Voici du reste les règles que donne Lancisi lui-même pour arriver au diagnostic de ce genre d'affection.

« On reconnaît qu'un anévrisme est de nature syphilitique, non-seulement parce qu'un coït impur a précédé son développement, ou parce que des accidents syphilitiques évidents se sont montrés sur une autre partie du corps, mais encore et surtout d'après les phénomènes qui se sont passés dans le point où siége la dilatation artérielle. En effet, les pulsations de l'artère ne se montrent pas d'emblée. Des douleurs, le plus souvent nocturnes, se déclarent dans quelque ligament ou dans quelque os, bientôt suivies d'une tumeur qui a commencé par comprimer l'artère, et qui ensuite, par la suppuration virulente à laquelle elle a donné lieu, a attaqué les tuniques du vaisseau artériel et, occasionnant leur amincissement et leur dilatation, y a fait naître des pulsations anévrismatiques. »

Plancus cité par Morgagni (1) remarque que des ulcérations et des excroissances comme pustuleuses des artères surviennent souvent chez les sujets qui ont été affectés de maladie vénérienne :

« Arteriam magnam veluti ulcerosam et corrosam, variisque pustulis scatentem sæpe observavi in cadaveribus eorum præsertim qui syphilide laborarunt, et ad aneurysma aortæ, vel ad pectoris hydropem sunt dispositi. »

(1) *Epistola de monstris citata in Morgagni Epist. anat. medica.*, XXVII, art. 30. — Morgagni lui-même n'hésite pas à rattacher à la syphilis certaines altérations de l'aorte et en particulier quelques tumeurs anévrismales de ce vaisseau. Mais lorsqu'on vient à examiner les faits invoqués par cet auteur, on trouve qu'ils ne sont pas suffisamment concluants pour faire admettre cette relation étiologique.

Les successeurs de Morgagni, ceux-là même qui se sont le plus occupés de l'étude des maladies vénériennes, ont entièrement négligé de parler des lésions syphilitiques des vaisseaux, et si quelques auteurs ont pu regarder la syphilis comme une cause efficiente ou déterminante des altérations du système circulatoire, ils n'ont apporté aucun fait certain à l'appui de leur opinion. La syphilis serait-elle donc sans action sur le système artériel? Nous ne le pensons pas, quand nous voyons, dans plusieurs observations récentes de syphilis viscérale, les artères cérébrales et plus particulièrement les artères carotides altérées ou oblitérées par le fait d'un travail tout local. Sans vouloir préjuger ici la part qu'il faut accorder à la syphilis dans la production de ces altérations, donnons un aperçu rapide de ces faits.

Dittrich, Gildemeester et Hoyack, Virchow (1), Meyer (2), ont noté chacun une fois l'oblitération, par néoplasmes, de l'une des carotides cérébrales chez des individus atteints de syphilis viscérale.

L'observation suivante peut donner une idée de l'altération artérielle dans tous ces faits :

Un homme de 34 ans avait des vertiges, de la céphalalgie et des accès épileptiformes ; les mouvements étaient faibles à gauche, la vue moins distincte, il y avait en outre de la difficulté de la parole. Plus tard survinrent du coma et la mort. A l'autopsie on constata dans les régions inguinales des traces de bubons cicatrisés. La dure-mère épaissie adhérait, à l'aide d'un tissu fibroïde, à la substance cérébrale, qui était ramollie au point de l'adhérence et contenait en ce point plusieurs tumeurs d'un blanc opaque et du volume d'une noisette. A la partie antérieure du corps strié existait un kyste ayant le même volume. Le reste du cerveau était sain, mais l'artère carotide droite et ses branches étaient oblitérées par des cordons fibreux adhérents à la paroi vasculaire. Le foie, parsemé de cicatrices, contenait plusieurs petites tumeurs noueuses (*knotty tumors*) (3).

Cette lésion que l'on trouvera encore plus loin (Voy. obs. XLIX), nous avons eu occasion de l'observer de nouveau, en 1863, avec notre ami le docteur Hemey, dans un cas du service de notre maître commun, le professeur Grisolle, avec cette différence, toutefois, que les parois artérielles étaient seules affectées.

(1) *Syphilis constitutionnelle*, tr. fr., 1859.
(2) Voy. Schmidt's Jahrbücher, t. CXIV, p. 312, 1862.
(3) Bristowe, *Transactions of pathol. Society of London*, t. X, p. 21.

Un jeune homme de 25 ans, depuis cinq mois en traitement d'une éruption syphilitique qu'il ne pouvait guérir, succomba rapidement après avoir présenté des phénomènes d'encéphalite. A l'autopsie nous constatâmes, en même temps que des tumeurs de petit volume, l'existence d'une encéphalite partielle et une oblitération presque complète des deux artères carotides internes à leur terminaison. Les parois artérielles lésées étaient le siége d'un néoplasme qui les rendait plus épaisses et rétrécissait notablement leur calibre. Il ne s'agissait pas, dans ce cas, d'une lésion athéromateuse, mais d'un produit constitué par des noyaux arrondis et quelques cellules de tissu conjonctif.

Steenberg et Wilks ont rapporté des faits semblables. Le dernier a vu chez une femme syphilitique âgée de 38 ans un dépôt de nouvelle formation situé dans l'épaisseur des parois des artères carotides et vertébrales. On doit au docteur Weber une observation qui trouve sa place à côté des précédentes, car elle n'en diffère que par le siége de l'altération, qui est l'artère pulmonaire. Il s'agit d'une tumeur (gomme) du volume d'un haricot, qui, développée dans l'épaisseur de la tunique moyenne, faisait saillie à l'intérieur du vaisseau ; il existait en même temps des noyaux gommeux sur le crâne et dans le foie. Chez une jeune fille syphilitique atteinte de néphrite interstitielle, Virchow a trouvé l'aorte garnie de plaques sclérotiques et athéromateuses.

Ainsi rapprochés, ces divers faits nous montrent une lésion artérielle d'une nature particulière (artérite), survenant, sans cause déterminante appréciable, chez des individus affectés de syphilis. Qu'il y ait un lien entre cette lésion et la syphilis, la chose est très-vraisemblable. On est, ce nous semble, d'autant plus autorisé à admettre cette relation que le néoplasme artériel ne diffère pas notablement, dans les cas cités, du produit morphologique par lequel la syphilis se manifeste dans les autres parties du corps. Ici se retrouvent donc encore les deux variétés d'altérations diffuse et circonscrite. Ce premier point une fois établi, que devient la modification artérielle dont il s'agit?

Nous savons déjà qu'elle a parfois produit l'oblitération du vaisseau et l'altération consécutive de l'organe correspondant. Mais d'autres fois elle semblerait pouvoir entraîner la formation d'un anévrisme, et sous ce rapport on peut se demander si les tumeurs vasculaires dont parle Lancisi ne reconnaissaient pas cette origine.

Wilks a vu un cas d'anévrisme de l'aorte auquel il n'hésite pas à donner une origine syphilitique, et Richet semble tout disposé à ad-

mettre cette même origine à propos d'un fait que nous avons communiqué à la Société de chirurgie en septembre 1863.

Un anévrisme de la sous-clavière dont nous avons pu suivre le traitement fut amélioré sous l'influence de l'iodure de potassium.

Le fait suivant, qui a été communiqué à la Société anatomique par notre collègue, le docteur Blachez, et à propos duquel a été soulevée une discussion relative aux cicatrices syphilitiques du foie, est digne d'être rappelé ici. Un officier d'artillerie, âgé de 42 ans, atteint de syphilis tertiaire, est emporté par une hémorrhagie méningée consécutive à la rupture de l'artère basilaire. Ce vaisseau est renflé à sa partie moyenne et terminale, de manière à présenter le volume d'une grosse plume d'oie. Ses parois sont épaissies et comme infiltrées d'une matière granuleuse, blanchâtre et d'aspect fibreux. Vers sa partie latérale droite il offre une petite ouverture à bords irréguliers de 2 ou 3 millimètres de diamètre. Une large cicatrice à la surface du foie (1).

Telles sont les lésions artérielles que l'on a vues se manifester dans le cours de la syphilis. Remarquables par un siége assez spécial (le plus ordinairement les artères carotides ou leurs branches), ces lésions se traduisent par des symptômes en rapport avec les fonctions de l'organe ou de la portion d'organe correspondant au vaisseau lésé. Aussi a-t-on observé le plus souvent en pareil cas, lorsqu'il y a eu oblitération d'une artère cérébrale, des troubles encéphaliques et surtout des hémiplégies. L'altération de l'artère pulmonaire (obs. Weber) a produit des désordres d'une autre nature : dyspnée et apoplexie pulmonaire.

Le pronostic en pareil cas est évidemment subordonné au siége de l'altération et à l'importance fonctionnelle de l'organe secondairement lésé.

B. LÉSIONS VEINEUSES.

Aucun fait ne donne jusqu'ici la démonstration certaine d'une lésion quelconque des veines qui soit tributaire de la syphilis ; et si, dans une période avancée de la vérole, ces vaisseaux deviennent le siége de concrétions fibrineuses (thrombose), il faut y voir bien plutôt un effet des désordres cachectiques engendrés par la syphilis que la syphilis elle-même.

Il est permis de croire, cependant, que les veines n'échappent pas

(1) *Bulletins de la Société anatomique*, 1863, p. 33. — *Ibid.*, Lancereaux, *Note relative à la valeur des cicatrices du foie dans le diagnostic anatomique de la syphilis viscérale.*

complétement à l'action modificatrice du virus syphilitique; mais ces modifications sont encore à chercher.

Quant aux capillaires, tout ce que l'on en peut dire, c'est qu'ils ne manifestent aucune altération spéciale qui paraisse devoir se rattacher à la syphilis. Rappelons que c'est leur tunique externe ou adventice qui est le point de départ habituel des productions gommeuses; ajoutons aussi que la dégénérescence graisseuse de ces vaisseaux est un phénomène très-fréquent dans la dernière période de la syphilis (cachexie syphilitique).

ARTICLE VII. — APPAREIL DE LA RESPIRATION.

La différence de texture et de fonctions des organes qui entrent dans la composition de cet appareil nous engage à étudier séparément les affections du larynx, de la trachée, des bronches et du parenchyme pulmonaire.

§ 1. — Affections syphilitiques du larynx.

Morgagni, Epist. 42, n° 39 et 48; Epist. 44, n°s 15, trad. de Destouet. — Altenhofer, Russische Sammlung für Naturwissenschaft und Heilkunde, Bd 1, Hft 1. — Thomann, Ann. institut. med. clin., Wirceburg, vol. 1. — Haukins, The London med. and physic. Journ., 1823. — Trousseau et Belloc, Traité pratique de la phthisie laryngée œdémateuse. Paris, 1837. — Barth, Bulletin de la Société anatomique, t. XV, 1849, p. 170, 172. — Sestier, Traité de l'angine laryngée œdémateuse, 1852, 88. — Nélaton, *Gazette des hôpitaux*, 1855, n° 50. — Michaelis, Wochenblatt der K. K. Gesellschaft der Aerzte in Wien, 1855, n° 37. — Rul-Ogez, *Gazette des hôpitaux*, 1856, n° 112. — Jones, *British medical Journal*, 1859. — Gunther, Prager Vierteljahrschrift, 1857. — Pitha, *Ibid.*, 1859. — Virchow, in Archiv für pathol. und physiol. Anat., XV. — Labbé, Bulletin de la Société anatomique, juillet 1857, p. 210. — Huguier, Société de chirurgie et *Gazette des hôpitaux*, juin et juillet 1856. — Hansen, Hospit. Tidende, 1859, n° 1, et Schmidt's Jahrb., Bd 105, p. 311. — Van Buren, Maladies syphilitiques du larynx, in *New-York Medical Times*, 7 juillet 1860. — Czermack, Der Kehlkopfspiegel, etc. (Le laryngoscope et ses applications à la physiologie et à la médecine). Leipzig, 1860. Voyez de plus Archiv. générales de médecine, t. I, p. 207, 1860. — Melch. Robert, Nouveau Traité des maladies vénériennes. Paris, 1861, p. 554 et suiv. — Ruhle, Die Kehlkopfkrankheiten, Berlin, 1861, et Archives de médecine, 255, t. I, 1861. — Gibb, The Lancet, janv. 5, 1861. Une observation dans laquelle un cartilage nécrosé a été rendu par expectoration. — Gilewski, Wien. med. Wochen-

schrift, nº 18, 1861. — Gerhardt et Roth, Archiv für pathol. Anat. 2ᵉ série, t. I, 1ʳᵒ livraison. — Turck, Observat. sur les ulcères syphilit. des parois de la cavité pharyngo-nasale, in Allgem. Wiener med. Zeitung, 1861, nº 48. — Turck, Recherches cliniques sur diverses maladies du larynx, de la trachée et du pharynx. Paris, 1862, p. 18. — Briddon, Affections syphilitiques du larynx. *Americ. Med. Times,* décemb. 1862, p. 327. — Otto Jenistius, De laryngitide syphilit. Dissertat. inaug., Greifswald, 1862. — E. Hamilton, Laryngite syphilitique. *Dublin Journal,* XXIII. — G. Lewin, Ueber Krankh. einzelner Theile des Kehlkopfs, etc. Virchow's Archiv, XXIII, p. 587, 1862. — Davies, *Med. Times and Gaz.*, 241, mai 1862. — Lud. Turck, Die syphilit. Erkrankung des Kehlkopfs, *Allgem. Wien. med. Zeitung,* VIII, 43, 1864. — Dance, Éruptions du larynx survenant dans la période secondaire de la syphilis. Paris, 1864.

Les lésions syphilitiques du larynx survenant dans le cours de la période d'éruption générale ont la membrane muqueuse pour siége exclusif, et, comme nous le savons, elles s'étendent en surface plutôt qu'en profondeur. C'est le contraire qui arrive dans les affections de la période tertiaire; les modifications anatomiques que l'on y observe sont profondes et circonscrites. Aussi, tandis que les désordres fonctionnels étaient tout à l'heure légers et transitoires, on est frappé du degré de gravité que ces mêmes désordres acquièrent dans cette dernière phase de la syphilis, et de leur persistance parfois indéfinie.

Étude anatomique. — Les laryngopathies syphilitiques ne diffèrent pas, quant à leur nature, des manifestations déjà connues; mais comme elles varient avec le tissu au sein duquel elles se développent, nous croyons, pour donner à notre exposition la clarté et la simplicité, ne pouvoir mieux faire que de rappeler succinctement la constitution anatomique du larynx : muqueuse et tissu conjonctif sous-muqueux, cartilages et fibro-cartilages, muscles, vaisseaux et nerfs; telles sont les diverses parties qui, chacune en particulier, peuvent devenir le point de départ du processus morbide.

Nous rechercherons plus loin quelle peut être l'influence de la syphilis sur les nerfs du larynx. Disons en passant que Bouisson (1) a signalé la présence de dépôts gommeux dans les muscles de cet organe. Et maintenant étudions les altérations les plus fréquentes du larynx, celles du tissu sous-muqueux et des fibro-cartilages.

A une époque déjà avancée de l'évolution syphilitique, qui est la période de transition de quelques auteurs, mais qui nous paraît ren-

(1) *Gaz. médic.*, 1846, V, 595.

trer plutôt dans la période des productions gommeuses, la muqueuse du larynx devient quelquefois le siége d'une éruption jusqu'à un certain point comparable à la syphilide tuberculeuse. Cette éruption, plusieurs fois observée par Cusco qui lui a donné le nom de papulo-tuberculeuse, était caractérisée dans deux cas par la présence, à la surface des cordes vocales inférieures, de tubercules saillants, grisâtres, du volume d'un grain de chènevis ou de millet, par un gonflement simultané des cordes vocales supérieures, et une injection ancienne de la portion sus-glottique de la membrane muqueuse.

C'est à cette même époque ou du moins dans cette même période que Türck a constaté l'existence d'ulcérations plus ou moins nombreuses, ayant leur siége de prédilection et leurs caractères les mieux accusés sur l'épiglotte. Pour peu qu'elles se prolongent, ces ulcérations manifestent de la tendance à creuser en profondeur, et elles finissent par perforer l'épiglotte de part en part. Tout autour de l'ulcération ou même sur tout le reste de l'épiglotte, la muqueuse est injectée et présente habituellement une tuméfaction considérable qui peut survivre à la cicatrisation.

Les replis aryténo-épiglottiques, le revêtement muqueux des cartilages aryténoïdes, les cordes vocales inférieures, sont autant de parties où s'observent encore les mêmes lésions. Lorsqu'ils occupent les cordes vocales inférieures, les ulcères peuvent s'étendre suivant la direction antéro-postérieure et atteindre simultanément ces deux replis. D'une étendue variable, ils sont entourés d'une auréole inflammatoire et accompagnés souvent d'excroissances irrégulières ou d'érosions de la muqueuse de la paroi postérieure du larynx. S'ils sont profonds, ils laissent à leur suite une déformation des cordes vocales, le rétrécissement du larynx, des adhérences, toutes circonstances qui indiquent une période avancée dans l'évolution de la maladie.

A côté des lésions précédentes, on observe, dans le larynx et sous la membrane muqueuse ou dans l'épaisseur des tissus fibreux, des dépôts analogues aux dépôts gommeux des autres parties du corps. Ces dépôts se montrent, tantôt sous la forme de traînées jaunâtres, plus ou moins étendues et saillantes, tantôt sous la forme de dépôts circonscrits. Dans le premier cas, l'épiglotte ou le larynx sont tout particulièrement affectés; mais on voit quelquefois la trachée et les bronches participer à cette altération, ainsi que cela existait dans un fait rapporté par Wagner. Sous la muqueuse on constate

une saillie jaunâtre de consistance ferme ou un peu molle et qui souvent a été décrite comme un simple épaississement ou de cette membrane ou des parties sous-jacentes (1). Dans le second cas, la modification anatomique apparaît sous forme de végétations (Hansen), mais le plus souvent elle est représentée par des tumeurs arrondies (2), petites, fermes, du volume d'un pois ou d'une lentille, suivant les mêmes phases que les tumeurs gommeuses des autres organes, c'est-à-dire qu'après s'être ramollies elles se terminent par des ulcérations profondes, plus ou moins irrégulières, à fond induré et grisâtre, à bords déchiquetés, différentes, par conséquent, des ulcérations superficielles qui appartiennent à la période secondaire. Les cicatrices qui leur succèdent sont dures, blanchâtres, épaisses, et fréquemment, par le retrait qu'elles subissent, elles produisent des rétrécissements et des déformations plus ou moins considérables du conduit laryngien. Ce n'est pas là, toutefois, la seule conséquence fâcheuse de ces altérations; il en est une autre qui souvent est plus grave encore, je veux parler de l'œdème de la glotte, si bien étudié par Sestier. Dans un tableau inséré par cet auteur dans son ouvrage, la laryngite chronique syphilitique figure 14 fois, sur 157 cas, comme point de départ de l'œdème glottique.

L'altération syphilitique du larynx ne borne pas toujours son action aux tissus fibreux; dans certains cas, elle envahit les cartilages. Ceux-ci sont-ils influencés primitivement ou secondairement par suite d'une modification de la muqueuse? La question est difficile à résoudre. Il y a lieu de croire cependant à l'existence d'une périchondrite syphilitique primitive; mais quoi qu'il en soit, les ulcérations que l'on voit survenir dans ces conditions sont étendues, irrégulières; leurs bords sont mous, grisâtres, décollés, et dans sa profondeur le cartilage est plus ou moins dénudé et altéré, souvent nécrosé, parfois luxé et encroûté de sels calcaires.

Ces diverses déterminations ne sont pas toujours faciles à spécifier, et, s'il est permis de distinguer, à l'aide du microscope, les ulcères syphilitiques des ulcérations épithéliales qui le plus souvent sont isolées et dont les bords sont toujours indurés, il n'est quelquefois

(1) Voy. les observations de Barth, *Sur la laryngite syphilitique* (*Société anatomique*, t. X et XVI).

(2) Wilks, *The syphilitic Affections of the internal organs,* donne une figure qui représente une tumeur de cette nature située à la partie supérieure du larynx.

pas possible de les différencier des ulcérations scrofuleuses ou tuberculeuses. Toutefois les ulcérations syphilitiques, ainsi que le remarque Barth (*Bulletin de la Soc. anat.*, 15e année, p. 151), se développent de haut en bas, occupent de préférence la face antérieure, se cicatrisent pour se reproduire sur différents points de l'organe, tandis que les ulcères tuberculeux marchent de la partie inférieure ou même de la trachée vers l'ouverture pharyngienne, ne se cicatrisent guère et envahissent principalement la face postérieure de l'épiglotte. Avant son ramollissement, le dépôt syphilitique du larynx sera difficilement confondu avec les granulations tuberculeuses, qui sont toujours nombreuses et très-petites.

ÉTUDE SYMPTOMATIQUE. — Les symptômes qui correspondent aux lésions ci-dessus décrites sont objectifs ou fonctionnels.

Les symptômes objectifs ou physiques, que révèle aujourd'hui l'examen par le laryngoscope, ont les mêmes caractères que les lésions ci-dessus décrites. Ainsi, des ulcérations plus ou moins profondes, souvent multiples, avec ou sans nécrose des cartilages correspondants, voilà ce que l'on constate. Toutefois il n'est pas toujours facile de se rendre un compte exact de l'état des différentes parties du larynx. Türck rencontra dans un cas de ce genre une impossibilité absolue de voir les parties situées au-dessous de la glotte, à cause d'une inflammation secondaire des cordes vocales supérieures et inférieures. A part les caractères propres à cette inflammation, on constatait, sur la moitié extérieure des deux cordes vocales inférieures un liséré longitudinal fortement dentelé, que l'on ne pouvait considérer que comme le bord supérieur d'une ulcération située sur la paroi postérieure du larynx, et cette présomption fut confirmée par l'autopsie.

Les symptômes fonctionnels consistent en des troubles de la phonation et de la respiration.

L'altération de la voix est en général très-manifeste et persistante. Qu'il y ait gonflement ou destruction des cordes vocales, obstruction de la glotte par de petites tumeurs, ce phénomène s'observe le plus souvent, mais à des degrés divers dont le plus complet est la perte totale de la voix. Les malades éprouvent une sensation de gêne ou de picotement, parfois une douleur véritable à la région du larynx. Dans des cas où l'on avait pu songer à l'existence d'une périchondrite, ce dernier phénomène s'est manifesté avec une intensité plus grande la nuit que le jour.

Les troubles respiratoires, plus ou moins pénibles, sont subordonnés

aux désordres anatomiques. Les malades éprouvent une sensation de dyspnée, une toux courte, accompagnée ou non d'expectoration. Lorsqu'il existe des crachats, ils sont muqueux ou purulents, parsemés de stries sanguines, et si le périchondre est lésé, ils peuvent contenir des débris de membrane muqueuse ou des fragments de cartilage, ainsi qu'il est arrivé dans un cas rapporté par le docteur Gibb. Il est clair que, dans ces conditions, les désordres de la respiration peuvent varier depuis la simple gêne jusqu'à la dyspnée la plus considérable. Notons que souvent les signes de l'œdème de la glotte viennent s'ajouter à ceux qui précèdent; l'oppression est plus vive, la respiration est sifflante, l'inspiration est pénible, plus difficile que l'expiration, puis surviennent des accès de suffocation qui peuvent emporter les malades. Dans d'autres cas, on voit apparaître tous les signes d'une asphyxie rapidement mortelle, comme, par exemple, lorsqu'un fragment de cartilage vient à s'introduire dans les voies aériennes.

Outre ces différents phénomènes, il existe parfois une difficulté plus ou moins grande de la déglutition tenant soit au rétrécissement de la partie inférieure du pharynx par le larynx augmenté de volume, ou bien à l'irritation spasmodique des muscles de cet organe, ou encore à l'altération de l'épiglotte. Il faut savoir pourtant que, d'après les expériences de Magendie, la destruction de cet opercule ne gêne pas toujours d'une façon notable le passage des aliments dans l'estomac. C'est du moins ce que prouve une fois de plus le fait suivant :

Cachexie très-avancée, ulcérations syphilitiques, destruction de l'épiglotte.

Obs. XLII. — La nommée M... Joséphine, âgée de 35 ans, journalière, entre à l'hôpital Beaujon, le 6 octobre 1856, dans un état de faiblesse et de marasme qui lui permet à peine de parler. Cette malade, légèrement bouffie, offre une décoloration complète des téguments. Elle est atteinte de diarrhée depuis plusieurs jours; on constate sur la lèvre inférieure une ulcération profonde, taillée à pic, et vers la pointe de la langue il existe une autre ulcération plus large et moins profonde, à fond grisâtre et sanieux. Toux rarement suivie d'expectoration, gêne très-grande de la respiration, sonorité à la percussion du thorax, faiblesse du murmure vésiculaire, quelques râles à la base du poumon; pas d'accès de suffocation, altération prononcée de la voix.

Malgré des efforts considérables, la malade se fait à peine entendre; la déglutition s'accomplit facilement, parfois cependant surviennent des accès de toux qui paraissent tenir au passage de substances étrangères dans le larynx. — Protoiodure de mercure 0g,02, puis 0g,05, opium 0g,02.

Cautérisation avec le nitrate acide de mercure. — Sous l'influence de ce traitement, on constate une grande amélioration dans l'état des ulcérations de la lèvre et de la langue, et une tendance à la cicatrisation. Toutefois, la faiblesse résultant de l'état de cachexie avancée et aussi la gêne de la respiration rendant toujours fort grave l'état de cette malade, la mort eut lieu le 14 octobre.

Autopsie. — Les ulcérations de la bouche sont en voie decicatrisation, l'épiglotte a totalement disparu, et c'est à peine si on rencontre à la place qu'il occupe normalement quelques détritus gangréneux, grisâtres ou blanchâtres; l'un de ces détritus est recourbé et appliqué sur la face antérieure du pharynx. Les replis aryténo-épiglottiques, en partie détruits, ne sont pas œdématiés; les cordes vocales supérieures sont aussi en partie détruites, les cordes vocales inférieures sont intactes, les autres organes n'ont malheureusement pas été examinés.

La marche des affections syphilitiques du larynx est lente, continue, progressive, mais aussi susceptible de prendre rapidement une grande acuïté par suite des complications qui peuvent survenir, et de l'œdème de la glotte principalement. On peut reconnaître trois périodes à la plupart d'entre elles, à celles surtout qui sont l'effet d'un dépôt gommeux : une période de formation, une période d'ulcération et une période de réparation, ayant chacune leurs phénomènes spéciaux. La durée de ces affections varie avec l'étendue et la profondeur de la lésion organique ; mais parfois il est des désordres qui persistent indéfiniment.

La terminaison peut être heureuse lorsque la muqueuse seule est atteinte ou que la résorption des dépôts syphilitiques se trouve favorisée à temps par un traitement spécifique. Trop souvent cette terminaison n'a lieu qu'au prix d'une aphonie complète, conséquence de la destruction des cartilages, des cordes vocales inférieures, ou d'un rétrécissement plus ou moins considérable du larynx. Outre l'inconvénient d'amener à sa suite une cicatrice qui toujours détermine un rétrécissement manifeste, la périchondrite offre cet autre danger qu'elle peut devenir le point de départ d'un œdème de la glotte, complication grave et souvent suivie de mort. Mais ce qu'il y a le plus à redouter en pareil cas, c'est la nécrose des cartilages, affection sérieuse, susceptible de produire une mort instantanée, lorsque le séquestre vient à s'engager dans les voies aériennes (obs. Labbé). La mort n'est pas seulement la conséquence d'une asphyxie rapide, elle succède quelquefois aussi à une asphyxie lente, ou bien elle

peut être amenée par les lésions concomitantes des viscères et la cachexie qui les accompagne. Enfin l'abondante sécrétion purulente qui découle des ulcères est une cause d'affaiblissement graduel qui aboutit à la consomption. Les malades succombent alors comme s'ils étaient atteints de phthisie laryngée. Dans un cas de périchondrite avec nécrose des cartilages, qu'il nous a été donné de voir, la mort a été causée par l'existence de foyers gangréneux métastatiques dans les organes, foyers qui avaient eu pour point de départ une gangrène développée au pourtour des cartilages nécrosés.

Diagnostic. — Au rapport même des auteurs les plus autorisés, les altérations syphilitiques du larynx vues au laryngoscope n'ont aucun caractère franchement spécifique, et conséquemment les désordres fonctionnels qu'elles déterminent ne présentent pas davantage des caractères particuliers. Toutefois c'est, en général, des parties supérieures vers les parties inférieures que, contrairement aux lésions tuberculeuses ou scrofuleuses, se développent les manifestations laryngées de la syphilis tertiaire. Les individus qui en sont affectés ont la voix plus ou moins altérée; ils souffrent ordinairement pendant l'acte de la déglutition, ou par le fait d'une pression exercée sur le larynx. Ils sont le plus souvent en même temps atteints d'ulcérations ou tout au moins de cicatrices ayant pour siége les amygdales, le voile du palais ou ses piliers, la base de la langue ou la paroi postérieure du pharynx, et quand ces diverses lésions viennent à manquer, la persistance d'une affection du larynx sans cause déterminée doit encore éveiller l'idée de la syphilis. Le diagnostic, en pareil cas, pourra être aidé d'ailleurs par les antécédents et les commémoratifs du malade. L'absence de toute lésion pulmonaire aux sommets des poumons est encore une circonstance dont on doit savoir profiter pour le diagnostic, elle peut servir à éliminer la tuberculose.

Pronostic. — Les laryngopathies syphilitiques peuvent guérir complétement tant qu'il n'y a ni ulcération ni nécrose des cartilages. Il est rare cependant que, même alors, la voix ne reste pas voilée. Le pronostic, au contraire, devient grave toutes les fois qu'il existe des ulcérations profondes. Les malades, dans ces conditions, non-seulement sont exposés à perdre la voix d'une façon définitive et plus ou moins complète, mais ils sont menacés d'une asphyxie plus ou moins rapide. Ce n'est pas tout, les ulcérations profondes du larynx entretiennent une suppuration qui épuise les malades et qui peut même

devenir un foyer d'infection, ou bien, lorsque le médecin est assez heureux pour obtenir la cicatrisation, le tissu cicatriciel amène peu à peu un retrait du calibre de l'organe, lequel, dans certains cas, peut nécessiter une opération, le plus souvent la trachéotomie. C'est ce que nous avons pu voir chez une malade du service de Piorry à laquelle Maisonneuve pratiqua cette opération.

§ 2. — Affections syphilitiques de la trachée et des bronches.

Morgagni, Epist. 44, n° 15; Epist. 58.—Benj. Bell, Traité de la gonorrhée vén. et de la maladie vénérienne, trad. fr. de Bosquillon. Paris, 1802, p. 649. Deux cas d'asthme observés chez des syphilit. et guéris par les mercuriaux, et qui ne sont très-vraisemblablement que des cas d'altérations trachéale ou bronchique. — Dittrich, Prager Vierteljahrschrift, 1849, Bd 1, p. 269. — Worthington, Medico-chirurg. Transact., t. XXV, et thèse de Charnal.—Saint-Arromann, Des gommes du tissu cellulaire et des muscles. Thèse de Paris, 1858, p. 17. — Moissenet, *Union médicale de Paris*, 28 oct. 1858.—Vigla, Bulletin de la Société médicale des hôpitaux, XIV, n° 3, p. 223, et *Union médicale* du 19 février 1859. — Charnal, Quelques considérations sur les rétrécissements cicatriciels de la trachée. Thèse de Paris, 1859. — H. Bourdon, Des rétrécissements de la trachée-artère, *Union médicale*, nouv. série, t. XXI, p. 150, 1864, et *Gaz. des hôpitaux*, 12, 1864. — Moissenet, *Union médicale*, nouv. série, t. XXI, p. 340, 1864, et *Gazette des hôpitaux*, 33. — Forster, Rétrécissement de la trachée par une cicatrice syphilitique, in Handbuch der patholog. Anatomie, p. 113. Leipzig, 1862. — Wagner, Archiv der Heilkunde, Hft 3, 1863, p. 221.— E. Vidal, *Union médicale*, nouv. série, t. XXIII, p. 77, 1864. — Boeckel, Rétrécissements syphilitiques de la trachée, Bulletin de la Société de chirurgie, 1864, et *Gaz. des hôpitaux*, III, 1864. — Lancereaux, *Gaz. hebd.*, 1864.

Il est possible, jusqu'à un certain point, de voir dans les auteurs anciens, et dans Morgagni surtout, des cas analogues à ceux qui vont nous servir. Mais à cet égard nous ne pouvons mieux faire que de renvoyer le lecteur à l'excellente dissertation inaugurale de J. B. Cayol (1), où se trouvent rassemblés la plupart des faits d'ulcérations trachéales anciennement connus.

Étude anatomique. — *Trachée.* — Au point de vue anatomique, les affections syphilitiques de la trachée ont la plus grande analogie avec les lésions du larynx, ce qu'explique d'ailleurs facilement une certaine conformité de structure.

La partie inférieure de la trachée est leur siége le plus habituel ; sur

(1) *Recherches sur la phthisie trachéale*, thèse de Paris, 1810.

sept cas où l'origine de l'altération n'était pas douteuse, celle-ci fut rencontrée cinq fois (1) au niveau des derniers anneaux de la trachée d'où elle se continuait dans l'une ou l'autre bronche. Dans deux cas où l'autopsie ne fut pas faite, mais où la trachéotomie fut pratiquée sans soulagement pour le malade (2), il y a lieu de penser que la lésion morbide n'avait pas d'autre siége. Deux fois (3) pourtant elle a été observée à la partie supérieure de la trachée, immédiatement au-dessous du cartilage cricoïde. Quel que soit leur siége primitif, les altérations tertiaires de la trachée paraissent se développer primitivement dans le tissu sous-muqueux plutôt que dans l'épaisseur même de la muqueuse. Les faits déjà connus permettent en effet de suivre leurs phases successives. Dans un certain nombre de cas, on a observé un épaississement plus ou moins étendu du tissu sous-muqueux (altération diffuse); d'autres fois c'est une lésion locale, circonscrite, une tumeur arrondie qu'on a pu comparer, avec juste raison, aux tumeurs gommeuses.

Dans un cas de syphilis avec tumeur gommeuse du foie et des poumons, Wilks trouva le tissu sous-muqueux de la trachée très-épaissi par des dépôts fibrineux (gommeux) récents, analogues à l'induration chancreuse. Les dépôts, qui occupent les siéges ci-dessus indiqués, sont en général mal circonscrits; les petites tumeurs sont, au contraire, bien limitées. Elles ont le volume d'une lentille ou d'un pois, elles peuvent avoir les dimensions d'une pièce de 50 centimes. Dans l'observation de Moissenet, il existait, à 2 centimètres au-dessus du rétrécissement, trois plaques irrégulièrement arrondies et de la dimension d'une pièce de 50 centimes, légèrement élevées au-dessus de la surface ambiante, d'une couleur jaune pâle, d'une consistance molle au centre, à surface inégale et mamelonnée. Tel est le premier degré de l'altération syphilitique de la trachée. N'entraînant pas la mort par lui-même, on conçoit qu'il se présente rarement à la vue de l'observateur. Mais, dira-t-on, les ulcérations et les rétrécissements de la trachée ne présentent pas toujours ce mode d'évolution, ou du moins ils ne passent pas tous par ce premier degré. A cela nous répondrons qu'il y a possibilité de constater dans un même cas ces diverses phases d'altération (obs. Moissenet).

(1) Observ. de Moissenet, Viglia, Virchow, Wilks et Lancereaux (obs. XXII).
(2) Cas de Trousseau et Bourdon.
(3) Cas de Worthington, 2e cas de Wilks.

Plus fréquemment, on a observé des ulcérations; ces ulcérations, arrondies et plus ou moins profondes, ont leur fond constitué par les anneaux cartilagineux, ou par les tissus ambiants, lorsque ces anneaux usés ou ulcérés se sont trouvés complétement détruits. Dans un cas observé par nous, le fond de l'ulcère était formé par une gangue fibreuse contenant dans son épaisseur un ou plusieurs ganglions lymphatiques (obs. XXII, p. 250).

Les cicatrices qui succèdent caractérisent la troisième phase d'évolution du travail morbide : souvent c'est l'unique lésion que dévoile l'autopsie. Constituées par un tissu blanchâtre ou rosé au sein duquel on retrouve les anneaux cartilagineux plus ou moins altérés, fracturés et fragmentés, ces cicatrices plissées ou radiées, sous forme de brides, occupent une partie ou la totalité de la circonférence de la trachée; elles tiennent, dans certains cas, la place de plusieurs anneaux cartilagineux. De là, la possibilité de l'affaissement des parois de la trachée dans l'inspiration. Mais le grand inconvénient de cette altération est surtout de rétrécir le canal aérien et de diminuer parfois sa longueur. Celui-ci, ainsi qu'il a été noté dans quelques observations, peut être tel qu'il permette à peine l'introduction d'une sonde de femme, ou même d'un tuyau de plume. Quant au raccourcissement du tube trachéal, il est quelquefois de plusieurs centimètres. Signalons en terminant, comme effet secondaire, la dilatation de ce tube au-dessus et au-dessous du rétrécissement et l'hypertrophie des fibres élastiques longitudinales (Charnal).

Bronches. — Les diverses altérations que nous venons de décrire se retrouvent avec leurs phases successives à la surface ou dans l'épaisseur des tuyaux bronchiques, mais principalement au niveau de leurs divisions principales. De petits nodules gommeux ont été vus par Wagner dans l'épaisseur des parois des bronches. Dans un cas rapporté par Dittrich, il existait au-dessous de la bifurcation des grosses bronches des ulcérations profondes d'un pouce de diamètre, recouvertes d'une exsudation purulente; le tissu sous-muqueux environnant et la paroi de la bronche droite étaient épaissis et lardacés. Plusieurs des faits rapportés par Virchow font mention de l'existence de cicatrices dures, ridées, à la surface des tuyaux bronchiques, disposition qui se rencontre dans l'une de nos observations. De même que les cicatrices de la trachée, celles des bronches donnent lieu à un rétrécissement plus ou moins considérable. Mais à côté de ce rétrécisse-

ment, on observe en général la dilatation du tube aérien : c'est là un fait que nous avons noté à plusieurs reprises. Ordinairement, lorsque les ramifications bronchiques sont affectées, le parenchyme pulmonaire est en même temps altéré par des dépôts fibreux qui l'indurent et donnent lieu à un retrait tout particulier. Remarquons que jamais, dans aucun des cas cités, il n'y eut d'altération tuberculeuse des poumons.

En résumé, nous retrouvons les mêmes modes anatomiques que nous avons déjà étudiés, et comme les altérations dont il s'agit se sont montrées tantôt peu de temps après la période secondaire, tantôt dix et douze ans plus tard, il serait peut-être possible de trouver dans cette circonstance une raison suffisante pour comparer les unes aux éruptions syphilitiques tardives, les autres aux dépôts gommeux. Cette manière de voir paraît du reste légitimée par ce fait que les ulcérations ont été plus nombreuses toutes les fois que la manifestation est survenue peu après la période secondaire. L'observation suivante est un bel exemple des déterminations morbides de la syphilis dans les conduits aériens.

Bronchite ulcéreuse syphilitique.

Un jeune homme avait contracté en voyageant une syphilis pour laquelle il prit du mercure, mais d'une façon irrégulière et inefficace. Dans l'automne de 1838, il fut pris d'un mal de gorge auquel se joignirent de l'enrouement, une ulcération au voile du palais, une éruption de couleur cuivrée sur la peau, des nodus, des douleurs nocturnes et de fortes transpirations. Cet état empira graduellement, et, au mois d'août 1839, ce malade confiné dans son lit était excessivement émacié et affaibli; il avait une toux fréquente et très-incommode, une copieuse expectoration purulente, en même temps que des symptômes qui ne laissaient pas de doutes sur l'existence d'une maladie laryngée. Sa poitrine était parfaitement sonore, mais un ronchus muqueux, épais, était évident dans toute l'étendue des deux poumons. — On donna la quinine et l'iodure de potassium, mais le malade s'éteignit complétement épuisé, le 15 septembre 1835.

De petites ulcérations existaient sur la muqueuse tapissant le larynx ; il n'y en avait pas dans la trachée; mais au-dessous de la bifurcation, elles apparaissaient de nouveau, devenant de plus en plus nombreuses dans les petites ramifications. Dans les plus petites divisions des bronches, il y avait une suite continue d'ulcérations; des ulcères isolés s'étaient, à ce qu'il paraît, réunis entre eux. Les bronches étaient remplies

d'une matière purulente, et les lobes inférieurs des poumons étaient légèrement congestionnés (1).

Étude symptomatique. — L'étude qui précède permet déjà de concevoir que les symptômes qui correspondent aux lésions syphilitiques de la trachée doivent varier avec le degré d'évolution anatomique. Or, c'est en effet ce qui semble exister.

Le début de l'affection, en général insidieux, préoccupe fort peu les malades; ils s'aperçoivent à peine d'une gêne légère de la respiration, ils toussent peu, mais ils ont la sensation d'un léger chatouillement, d'une sorte de corps étranger, sur un point quelconque de l'arbre aérien, et principalement vers la partie supérieure du sternum. A ces symptômes il s'ajoute parfois une respiration bruyante, sifflante pendant l'inspiration, de l'oppression quand le malade monte, des accès de suffocation revenant plus particulièrement la nuit et accompagnés de toux sans expectoration (cas de Bourdon). Plus tard, vraisemblablement lorsqu'il existe une ou plusieurs ulcérations, la toux est plus fréquente; sèche jusque-là, elle est suivie de crachats mucoso-purulents semés parfois de stries sanguines (cas de Vigla), ou nummulaires jaunes verdâtres (cas de Bourdon). La voix est peu modifiée, l'auscultation ne révèle aucun bruit anormal. Les désordres de la respiration peuvent persister, mais il arrive de les voir diminuer, quand surtout on a eu soin de faire intervenir un traitement approprié (cas de Bourdon). Dans ces cas, un certain degré d'amélioration se manifeste qu'il faut se garder de considérer toujours comme le début d'une guérison définitive. Ce n'est là, en effet, qu'un temps d'arrêt, pendant lequel s'opère la cicatrisation. Celle-ci une fois effectuée, les accidents reparaissent souvent au fur et à mesure que se produit le retrait du tissu cicatriciel, et cette fois des désordres plus accusés, plus sérieux, plus permanents, surviennent et sont en même temps moins accessibles aux moyens internes. La dyspnée, qui se fait de nouveau sentir, est progressive; la toux est quinteuse, le sifflement inspiratoire tellement marqué qu'il constitue un véritable *cornage*. Mais le phénomène le plus important, et tout à la fois le plus pénible pour les malades, consiste en des accès de suffocation qui souvent apparaissent sans cause bien déterminée. Ces accès, dans l'intervalle desquels persiste en général une oppression plus ou moins vive, se

(1) Sadowski de Prague, cité par G. Lagneau. Thèse de Paris, 1851.

renouvellent d'ordinaire au point de mettre la vie du malade en danger. A cette même période, on observe de plus, dans certains cas, deux symptômes auxquels Demarquay attache avec raison une grande importance, c'est l'abaissement du larynx et l'immobilité de cet organe pendant la déglutition et pendant l'exercice de la parole.

Tels sont, en somme, les principaux désordres fonctionnels qui appartiennent aux altérations syphilitiques de la trachée. A ces désordres ajoutons encore une sensation toute particulière de dureté de la trachée, une mobilité moins grande de cet organe sur les tissus environnants, puis enfin la possibilité de voir, à l'aide du laryngoscope, soit les ulcérations, soit le rétrécissement lui-même. C'est ainsi que dans un cas de rétrécissement de la trachée situé, il est vrai, dans un point élevé du canal aérien, Türck parvint à porter un diagnostic entièrement positif; car il constata, au moment où son malade poussait un cri perçant sur une note très-élevée, que le son était produit dans l'expiration par la vibration de toute la longueur des bords du rétrécissement, qui jouaient le rôle des cordes vocales, celles-ci demeurant tout à fait immobiles et largement béantes.

Lorsque l'altération syphilitique intéresse seulement les tuyaux bronchiques, les symptômes diffèrent quelque peu de ceux que nous venons d'analyser. Au rapport de William Munk (1), ces symptômes n'apparaissent, en général, qu'après des désordres du côté de la gorge et comme si le mal gagnait le larynx, puis la trachée et enfin les bronches. Dans les premiers temps, les phénomènes sont presque les mêmes que ceux du catarrhe simple; cependant la voix est plus altérée, il y a dans le larynx une irritation et une sécheresse continuelles qui peu à peu gagnent la poitrine; les malades éprouvent une sensation de constriction douloureuse derrière le sternum, et le plus souvent cette irritation, persistant, détermine une toux brève et fréquente, symptôme qui a pu faire croire à l'existence d'une phthisie tuberculeuse. Quand la maladie a duré quelque temps, la sécrétion muqueuse fournie par les canaux aériens ne tarde pas à présenter les caractères de la suppuration; c'est alors que la fièvre hectique s'empare du malade, si déjà elle n'existait pas auparavant. Ainsi, dyspnée plus ou moins intense, toux ordinairement quinteuse, expectoration muqueuse ou purulente : tels sont les symptômes évidem-

(1) Voy. *London medical Gaz.*, avril 1841, et *Gaz. méd. de Paris*, p. 661, 1841.

ment peu caractéristiques de l'altération bronchique tertiaire. Insistons sur ce point que cette altération, toujours très-rare, n'est accompagnée, en général, d'aucun des signes physiques qui indiquent une induration étendue des poumons.

Marche, durée, terminaison. — Dans la description qui précède, nous avons assez fait connaître dans l'espèce la marche du processus pathologique pour n'avoir pas à y revenir. Son évolution est lente, sa durée, en général de plusieurs mois, est moins longue cependant, en raison de l'importance fonctionnelle de l'organe lésé, que la durée de la plupart des autres manifestations syphilitiques des viscères.

Quant à la terminaison, elle est rarement heureuse, ce qui semble tenir à la difficulté de reconnaître l'altération à son début et de la traiter assez tôt. La mort, lorsqu'il s'agit de lésions trachéales, est par conséquent relativement fréquente. Elle survient d'ordinaire dans un accès de suffocation, plus rarement par le fait d'un épuisement général. La cachexie est en effet un symptôme assez rare des affections syphilitiques de la trachée et du larynx, lorsqu'elles ne sont pas concomitantes de l'altération des viscères de l'abdomen.

Diagnostic. — Dyspnée, sifflement particulier pendant l'inspiration, véritable cornage, la voix conservant son timbre presque ordinaire, douleur ou sensation d'un corps étranger dans l'un des points du tube aérien, et plus tard accès de suffocation sans cause pulmonaire appréciable : tels sont les signes qui doivent servir de base au diagnostic des affections syphilitiques de la trachée, et auxquels on pourrait sans doute ajouter quelques symptômes fournis par l'auscultation de la trachée peut-être un peu négligée en pareil cas. Ces affections ne seront pas confondues avec les altérations du larynx, qui en général déterminent des modifications plus ou moins profondes de la voix; mais elles pourraient l'être avec certaines lésions trachéales qui donnent lieu au rétrécissement du tube aérien. L'absence des signes de la tuberculisation pulmonaire sera d'une grande utilité pour repousser l'existence d'une modification anatomique trachéale d'origine tuberculeuse. Il est une maladie toutefois qui, ainsi que l'a fort bien démontré le professeur Tardieu (1), est susceptible d'engendrer des désordres en tout comparables à ceux de la syphilis, c'est la morve. En pareil cas, le diagnostic doit reposer

(1) Tardieu, *De la morve et du farcin chroniques chez l'homme*, etc., thèse de Paris, 1843.

avant tout sur les antécédents et les commémoratifs du malade; mais il est inutile d'insister sur ce point, car nous nous proposons de faire plus loin le parallèle de ces deux maladies. Les tumeurs qui compriment la trachée déterminent des troubles capables d'induire en erreur; parmi ces tumeurs, l'anévrisme de l'aorte, l'une des plus fréquentes, se reconnaît à des signes tout à fait spéciaux. Quant aux tumeurs solides des médiastins antérieurs, comme elles ne tardent pas à s'avancer jusqu'au-dessus de la fourchette sternale, elles deviennent habituellement appréciables au toucher. D'autres lésions encore sont importantes à connaître, parce qu'elles peuvent tromper : le cancer épithélial de l'œsophage est de ce nombre. Cette altération, dont j'ai pu observer plusieurs exemples (1), perfore parfois la trachée, fait saillie dans sa cavité et rétrécit plus ou moins son calibre. De là, dyspnée, sifflement trachéal, accès de suffocation, tous symptômes qui peuvent faire croire à un rétrécissement syphilitique de la trachée. La gêne de la déglutition, et parfois aussi l'altération de la voix qui résulte de l'envahissement de l'un des deux nerfs laryngés par la production épithéliale, sont des signes qui, joints aux commémoratifs, serviront à éclaircir le diagnostic dans ces cas difficiles. Les commémoratifs du malade, l'absence de signes indiquant l'existence d'une tuberculisation pulmonaire, la longue durée du mal, sont autant de circonstances qui pourront aider à reconnaître la bronchopathie syphilitique.

Pronostic. — Le pronostic des affections syphilitiques en question est sérieux toutes les fois que l'altération occupe une grande étendue, qu'elle détermine un rétrécissement notable de la trachée ou des grosses bronches. Le rétrécissement cicatriciel est le plus grave, car alors toute médication spécifique est sans effet.

§ 3. — Affections syphilitiques des poumons.

NICOLAS MASSA signale l'asthme et la diarrhée comme symptômes consécutifs aux tumeurs gommeuses, Aphrodisiacus, p. 45. — PORTAL, Observations sur le traitement de la phthisie pulmonaire. Paris, 1792.— J. FRANK, Traité de pathologie interne, t. IV, p. 267, chap. IV, 27, trad. Bayle. — WILLIAM MUNK, *Med. gaz.*, avril et mai 1841. — A. DUMOULIN, Thèse de Paris, 1848, p. 49. — LAGNEAU, Des maladies pulmonaires causées ou

(1) Lancereaux, *Deux cas de cancer épithélial de l'œsophage* (*Bull. de la Société anatom.*, 1861).

influencées par la syphilis, 1851. Thèse de Paris. — RICORD, Iconographie, pl. 28 et 28 *bis*. — BUDD, Diseases of the liver, p. 419. London, 1857. — SPENCER WELLS, *Medical Times*, 3 juillet 1858. — J. WILKS, Transact. of the path. Society of London. — Guy's Hospital Reports, série 3, vol. IX, p. 34. — CORNIL, Bull. de la Soc. anat., 1861, et PIHAN DUFEILLAY, *ibid.* — HUTCHINSON et JACKSON, *Med. Times and Gaz.*, 11 octobre 1862. — E. WAGNER, Archiv. der Heilkunde, 1863, p. 361. Leipsig. — A. DE NAUX, Maladies pulmonaires syphilitiques, Annales de la Société de médecine de Gand, janv. et fév. 1864. — LANCEREAUX, Des lésions viscérales susceptibles d'être rattachées à la syphilis constitutionnelle. *Gaz. hebd.*, 1864.

Les médecins du siècle dernier connaissaient déjà la syphilis pulmonaire; c'était pour eux la phthisie vénérienne (phthisis a lue venerea). La plupart désignaient sous cette dénomination une affection pulmonaire causée par le virus vénérien, différente de cet état particulier que nous appelons cachexie. Morton (1), consacrant à ce genre d'affection le chapitre VII de sa Phthisiologie, donne une observation qui ne manque pas d'intérêt. Baglivi (2) écrit dans ses *Praxeos medicæ* : « Certò constat phthisin sæpissime esse morbum secundarium a variis morbis principalibus, v. g. lue venerea, etc. » Hofmann (3) rapporte deux faits de phthisie vénérienne qu'il discute et critique. Morgagni (4) en cite aussi deux exemples; mais il pense, et en cela il se rapproche de l'opinion de Morton, que la maladie vénérienne n'a d'autre action que de favoriser le développement de l'altération des poumons. Astruc (5) insiste sur les symptômes pulmonaires liés à l'existence de la vérole. Tode, Schwartze (6), Meza (7) admettent aussi la phthisie vénérienne, dont ils relatent quelques cas. Sauvages (8), à l'exemple de Morton, fait de cette maladie la huitième variété de ses phthisies, et sa manière de voir fut adoptée plus tard par Cullen et Macbride. Schrœder (9) dit en par-

(1) R. Morton, *Opera medica*. Lugduni, 1737, p. 107.
(2) Baglivi, *Opera medica*. Lugduni, 1745, p. 200.
(3) F. Hoffmann, *Opera omnia*. Genève, 1748. *De lue venerea*, p. 424, t. III, c. IV.
(4) Morgagni, *De Sedibus et causis morborum*, t. II, epist. XXII, art. 10, 11 et 15; t. I, p. 525, trad. franç. (*Encyclop. des sciences médic.*).
(5) Astruc, *De morbis venereis*, in-4°, t. I, p. 425.
(6) Schwartze, *Dissertatio observationes quasdam continens*.
(7) Meza, *Societatis Havniensis Collectanea*, 1774, vol. I, art. 21.
(8) Sauvages, *Nosologie méthodique*, trad. Nicolas, 1775, t. III, p. 457. — *Nosologia methodica*. Amsterdam, 1768, t. II, p. 457.
(9) Th. G. Schrœder, *Tractatus medicus de pleumonide ejusque speciebus*. Gottingue, 1779, art. DE PLEUMON. SYPHILIT., p. 70.

laut du virus vénérien : « Producit..... inflammationes, spasmos, tumores et tubercula, in variis partibus nec non raro in pulmonibus. » J. P. Frank (1) cite l'action du virus syphilitique sur les poumons parmi les causes de l'hémoptysie. De Horne (2), Carrère (3), Tandon (4), ont vu des troubles graves des poumons guérir sous l'influence d'un traitement spécifique. Swediaur (5) et Saucerotte (6) parlent de la phthisie syphilitique pulmonaire. Portal (7) en traite assez longuement. Joseph Frank (8) lui reconnaît trois périodes. Petit-Radel (9) en donne quelques observations qu'il emprunte à Larrey. Sur ce sujet Van der Kolk s'exprime comme il suit (10) : « Etenim non raro in perscrutando cadavera syphiliticorum, qui dum vivebant phthisici videbantur, inveni in pulmonibus, præcipue in medio lobo, ulcus quoddam seu pus collectum sine ullo tuberculo cingenti. » Enfin, sans nous arrêter plus longtemps sur les différents faits que contiennent encore les recueils scientifiques, mentionnons, comme trait d'union entre les observations anciennes et les recherches modernes, le travail de Munk (11) sur les maladies spécifiques des poumons et la thèse inaugurale de G. Lagneau (12).

Jusqu'ici deux doctrines sont mises en avant, l'une qui considère certaines maladies pulmonaires comme directement produites par la syphilis, l'autre qui regarde la syphilis comme une simple cause occasionnelle de ces maladies. Plus loin nous verrons ce qu'il faut penser de cette dernière opinion. Quoi qu'il en soit, et s'il est assez vraisemblable qu'un certain nombre de faits de phthisie vénérienne publiés par les auteurs anciens aient trait à des altérations de la trachée ou des bronches, il n'en est pas moins vrai que l'on ne peut aujourd'hui

(1) J. P. Frank, *Médecine pratique*, t. II, p. 308, trad. Goudareau. Paris, 1842.

(2) De Horne, *Différentes méthodes d'administrer le mercure*, t. II, p. 447, 1779.

(3) Carrère, *Maladies vénériennes chroniques, sans signes évidents*, p. 64 et 181, obs. v.

(4) Tandon, *Traitement et guérison d'une phthisie vénér. par la méthode de Huguenot* (*Ann. de la Soc. méd. de Montpellier*, t. I, p. 176).

(5) Swediaur, *Maladies vénériennes*, 4e édit., t. II, p. 169, 1801.

(6) Saucerotte, *Journal de méd. de Corvisart*, 1812, p. 750.

(7) Portal, *Observat. sur le traitement de la phthisie pulmonaire*. Paris, 1809.

(8) J. Frank, *Traité de pathologie interne*, t. IV, p. 167, ch. IV, trad. Bayle.

(9) Petit-Radel, *Cours des maladies syphilitiques* t. II, p. 3. Paris 1812.

(10) Van der Kolk, *Observ. anatomo-pathologiques*, 1826, p. 129 et suiv.

(11) *London med. Gaz.*, avril et mai 1841.

(12) Lagneau, *Des maladies pulm. causées ou influencées par la syphilis*. Paris, 1851.

conserver le moindre doute au sujet d'une influence directe de la syphilis sur le parenchyme des poumons. Diffuses ou circonscrites, les lésions qui en résultent laissent à leur suite des cicatrices, et conséquemment elles revêtent les modes anatomiques propres aux autres organes.

ÉTUDE ANATOMIQUE. — *Forme diffuse.* — *Pneumonie interstitielle.* — Les faits sur lesquel repose l'existence de cette modalité anatomique de la syphilis pulmonaire sont jusqu'ici peu nombreux, mais cependant suffisants pour ne laisser aucun doute dans l'esprit. Le siége de cette modification est variable : tantôt elle occupe les lobes supérieurs ou le lobe moyen, tantôt elle reste limitée aux lobes inférieurs, et ainsi il est permis de croire qu'elle peut envahir à peu près indistinctement les différentes parties des poumons, sans acquérir néanmoins une étendue bien considérable. La portion du parenchyme affectée est plus ferme, plus dure, élastique, résistante à la pression, friable, imperméable à l'air, et, par conséquent, non crépitante. Située au voisinage de la surface des poumons, l'altération est parfois marquée à son début par une saillie, et plus tard par une dépression plus ou moins profonde, tenant au retrait du tissu de nouvelle formation. Dans un cas rapporté par Vidal, il existait au pourtour des bronches une masse indurée d'une couleur gris bleuâtre, ayant une certaine analogie avec le marbre vert de mer. Cette masse, qui remplaçait une portion du parenchyme pulmonaire, offrait à la pression une résistance telle qu'on aurait pu la prendre pour une périostose. Elle avait pour siége une partie des lobes inférieurs. Le reste du poumon était souple et doux au toucher. Nulle part on ne put trouver la moindre trace de tubercules. Wilks dit avoir vu l'induration du tissu des poumons dans un certain nombre de cas de maladie vénérienne, mais il hésite à rattacher cette lésion à la syphilis.

Dans un fait observé par nous, la lésion occupait la partie inférieure du lobe supérieur du poumon gauche. A ce niveau, la surface pulmonaire présentait une large dépression avec plis radiés; le parenchyme était remplacé par un tissu fibreux, ferme, résistant, au sein duquel on apercevait de nombreux points jaunâtres, à surface légèrement grenue, constitués à l'examen microscopique par des noyaux granuleux et de nombreuses granulations moléculaires contenus dans une trame fibreuse. Les bronches qui se rendaient à cette portion du poumon, pour la plupart dilatées ou rétréeies, se terminaient, quel-

ques-unes du moins, par des culs-de-sac ampullaires. Leurs parois opaques, jaunâtres et épaissies, étaient manifestement altérées. Loin d'être rare, cette modification bronchique est plutôt la règle dans les cas dont il s'agit.

Gommes des poumons. — Signalées par Morton, Astruc (1), Fabre, les tumeurs gommeuses du parenchyme pulmonaire n'ont été réellement étudiées que dans ces derniers temps, et, à dire vrai, les connaissances que nous en avons sont aujourd'hui même encore très-imparfaites. Les faits, au nombre de dix (2), qu'il nous a été possible de rassembler chez l'adulte, nous ont appris que les dépôts gommeux observés dans les poumons d'adulte n'ont aucun siége de prédilection, qu'ils se rencontrent également bien dans les lobes supérieurs, moyens et inférieurs. Toutefois, lorsqu'ils occupent le lobe supérieur, c'est plutôt à la partie moyenne ou inférieure qu'au sommet, siége d'élection ordinaire des tubercules.

Ces dépôts sont en nombre variable, et s'il n'en existe parfois qu'un seul, le plus souvent ils sont multiples; rarement ils dépassent six ou huit. Ils se montrent sous forme de tumeurs de coloration grisâtre ou d'un blanc jaunâtre, à peine irrégulières, arrondies, du volume d'un pois, d'une amande ou d'une grosse noix, d'une consistance primitivement ferme, légèrement élastique, plus tard un peu molle, caséeuse au centre. Déposées au sein de la trame parenchymateuse, ces tumeurs sont généralement circonscrites par un tissu induré, fibreux, grisâtre (obs. XLIII), nacré et luisant (obs. Cornil), qui leur sert comme de coque et qui, dans l'espèce, n'est pas sans quelque importance diagnostique. Dans une section, cette coque, ou mieux cette zone, est parfaitement distincte du nodule central, et tandis que, résistante sous le doigt et manifestement parcourue par de nombreux vaisseaux, elle est constituée par un tissu fibreux parfaitement développé, celui-ci est friable, peu ou pas vasculaire, formé d'éléments nucléaires ou cellulaires pauvres, plus ou moins granuleux et qui font partie du groupe des éléments de tissu conjonctif. Production sèche avant tout, la tumeur gommeuse des poumons ne tarde pas à se nécroser et à subir

(1) Astruc admet que les fonctions vitales du poumon peuvent être altérées dans la vérole : 1° par des tubercules ou des tumeurs gommeuses, qu'elles soient ou non en suppuration ; 2° par des vomiques.

(2) Les auteurs de ces faits sont : Ricord, Budd, Dumoulin, Wilks, Spencer Wells, Cornil, Lancereaux, Hutchinson et Jackson.

la métamorphose granulo-graisseuse. C'est alors que s'opère peu à peu le changement de consistance, et que la substance de nouvelle formation, primitivement solide, se ramollit du centre à la périphérie (obs. Wilks).

Parvenue à cette période, la substance dont il s'agit peut être résorbée en partie ou en totalité; mais le plus souvent elle est évacuée par les bronches, et à sa place il reste une excavation plus ou moins étendue, tapissée de dépôts caséeux et toujours circonscrite par une zone fibreuse plus ou moins épaisse. Le travail en vertu duquel s'effectue cette élimination est peu connu; mais il y a tout lieu de croire qu'il ne diffère pas de celui qui s'opère lors de l'élimination des gommes du tissu cellulaire sous-cutané (inflammation ulcérative). Les cavernes, ainsi qu'il arrive pour ces dernières lésions, sont susceptibles de cicatrisation; de là des fronçures, des dépressions plus ou moins manifestes, des cicatrices enfin, à la surface des poumons.

Cicatrices. — Pendant longtemps on rattachait presque exclusivement à la tuberculisation toutes les cicatrices des poumons; aussi doit-on penser qu'on a pu ainsi confondre des reliquats d'altération d'origine tuberculeuse et d'origine syphilitique. Un certain nombre de faits rapportés par Laënnec (1), par Andral (2) et quelques autres auteurs, sembleraient du moins donner quelque apparence de vérité à cette manière de voir. C'est qu'en effet, bien qu'il ne soit pas fait mention de l'existence de la syphilis dans la plupart des faits publiés par ces auteurs, il y a pourtant lieu de croire, en raison surtout des altérations concomitantes de l'organe hépatique (voir obs. XIX et XX de Laënnec), que la lésion cicatricielle du poumon pouvait bien reconnaître une cause syphilitique. Quoi qu'il en soit, nous pensons, d'après des faits par nous observés, et en cela nous sommes d'accord avec l'illustre anatomo-pathologiste de Berlin, qu'il faut notablement restreindre, dans les poumons, les altérations attribuées à la véritable tuberculisation, et que beaucoup de cicatrices calleuses et ardoisées, beaucoup d'indurations caséeuses ne résultent pas d'un tubercule guéri, mais bien plutôt d'une tumeur gommeuse modifiée par le fait de son évolution. La fréquence des cicatrices pulmonaires dans les cas de syphilis viscérale (3) vient tout au moins à l'appui de cette opinion.

(1) *Traité de l'auscultation,* p. 58. Paris, 1831. Voir observ. XIX et XX.
(2) *Clinique médicale,* t. V, p. 68. Paris.
(3) Voir nos observations.

Les cicatrices syphilitiques des poumons s'observent également bien sur chacun des lobes pulmonaires, à leur surface ou dans leur épaisseur. Elles coexistent avec des lésions syphilitiques diverses qui occupent différents points du corps ou même des organes tels que le foie, jamais ou rarement avec des tubercules vrais des poumons. Elles sont ordinairement étendues, profondes, rayonnées ou étoilées, et constituées par un tissu fibreux et induré, au sein duquel on remarque parfois une substance sèche, grenue et jaunâtre. Dans l'une de nos observations, elles se trouvent décrites ainsi qu'il suit : « Des cicatrices, les unes rayonnées, les autres étoilées, occupent chacun des lobes du poumon droit ; et, à leur niveau, le tissu pulmonaire, grisâtre, ferme, induré, présente, vers le centre des points d'induration, une substance blanche et caséeuse. Quelques dépressions cicatricielles analogues existent à la surface du poumon gauche. Cet organe adhère au diaphragme, qui est aussi le siége de cicatrices et de petites tumeurs gommeuses. »

Les adhérences des poumons aux parois costales ne sont pas rares dans ces cas, où la plèvre, le plus souvent épaissie, participe à l'altération, de telle sorte qu'il est possible d'avancer qu'une *pleurésie* membraneuse, chronique et sèche est, pour ainsi dire, un acolyte obligé des lésions syphilitiques diffuses ou circonscrites du parenchyme pulmonaire. Beaucoup plus rare dans les cas de tuberculose, ce genre de pleurésie est presque une exception lorsqu'il s'agit du cancer des poumons.

Telles sont, d'après une analyse aussi rigoureuse que possible, les altérations qui, sous l'influence de la maladie syphilitique, naissent et se développent au sein du parenchyme pulmonaire. Mais comment les reconnaître, et quelle est leur puissance spécifique? L'altération diffuse, pneumonie interstitielle chronique, se distingue par son peu d'étendue, rarement elle envahit tout un lobe, et elle se rencontre quelquefois par points disséminés : en outre, le néoplasme qui la constitue se présente sous forme de cloisons fibreuses épaisses, entre lesquelles est interposée une substance jaunâtre, grenue, jusqu'à un certain point différente de la substance marbrée, dure et brillante à la coupe, qui appartient à la pneumonie chronique ordinaire, c'est-à-dire à cette pneumonie à laquelle il n'est pas encore possible d'attribuer une cause bien déterminée.

Les gommes pulmonaires, productions sèches, peu vasculaires, se

distinguent surtout par la présence, à leur pourtour, d'une zone fibreuse ordinairement très-épaisse. Les tubercules, lorsqu'ils revêtent la forme de masses arrondies, peuvent prêter à la confusion; mais en général, même dans ces conditions, il est rare de ne pas rencontrer des granulations tuberculeuses, ce qui n'a pas lieu avec les dépôts spécifiques; d'ailleurs, les néoplasmes tuberculeux se développent le plus souvent des deux côtés de la poitrine, et ils ont pour siége de prédilection les sommets des poumons. A peu près complétement dépourvues de vascularité, et constituées par des éléments de tissu conjonctif, ces deux productions n'ont pourtant pas une évolution identique. Moins rapide dans son développement, la tumeur gommeuse est susceptible d'une organisation plus complète, et souvent on y trouve des fibres de tissu conjonctif, élément toujours rare dans le tubercule, que constituent des noyaux généralement atrophiés, granuleux, déformés et plus petits que ceux qui appartiennent aux gommes. Les grosses cellules granuleuses (corpuscules granuleux) ne se rencontrent pas dans le dépôt tuberculeux comme dans les dépôts syphilitiques. Le néoplasme tuberculeux est plus sec, plus maigre, plus chétif, en quelque sorte que le néoplasme gommeux, et, par conséquent, jouissant d'une vitalité moindre, il a une plus grande tendance à une transformation rétrograde.

Étude symptomatique. — Les altérations que nous venons d'étudier échappent parfois à nos moyens physiques d'investigation, et, comme elles ne donnent pas toujours lieu à des troubles fonctionnels bien appréciables, il en résulte qu'elles peuvent passer inaperçues et rester latentes, au moins pendant un certain temps. C'est là, en effet, ce qui arrive dans quelques cas de pneumonie chronique partielle, de tumeurs gommeuses à la première période de leur évolution. Il est facile de concevoir la difficulté d'arriver à découvrir ces lésions tant qu'elles sont peu étendues. En cas contraire, l'obscurité du son à la percussion, l'existence d'un souffle circonscrit, unique ou accompagné de quelques râles . voilà les principaux symptômes qui peuvent se présenter dans de rares occasions.

A une période plus avancée, lorsqu'une dilatation bronchique s'est ajoutée à la pneumonie chronique, le souffle, devenu plus appréciable, coexiste avec des râles plus ou moins gros; mais, en somme, les signes physiques relatifs aux lésions gommeuses des poumons ne se manifestent qu'après la fonte de ces nouvelles productions, lors-

qu'elles ont déterminé dans l'épaisseur du parenchyme pulmonaire une ou plusieurs excavations d'une étendue variable, car, dès ce moment, les phénomènes morbides changent de caractère. A cette phase sans doute doit se rapporter la mention faite par Astruc et quelques autres auteurs du dernier siècle de vomiques consécutives à la présence de tumeurs gommeuses suppurées et d'abcès dans les poumons. En tout cas, apparaissent dès lors des signes stéthoscopiques nouveaux qui ne diffèrent pas de ceux que l'on observe toutes les fois qu'il existe une caverne quelconque dans les poumons : souffle creux, circonscrit dans une région déterminée, et râles plus ou moins volumineux, avec ou sans retentissement de la voix, c'est en quoi ces signes consistent.

Une toux plus ou moins opiniâtre, quelquefois quinteuse, de la dyspnée, de l'oppression et une expectoration mucoso-purulente : tels sont les principaux désordres fonctionnels. Disons que souvent alors on a eu l'occasion de voir survenir des hémoptysies (obs. Leudet et obs. XLIII). Mais ces phénomènes ne présentent pas jusqu'ici de caractères spécifiques, et cependant il est assez présumable que l'examen micrographique de la matière expectorée offrirait quelque chose de particulier. Indépendants de tout état fébrile, ces différents symptômes coexistent le plus ordinairement avec cette modification profonde de l'organisme connue sous le nom de cachexie, et il est à noter que ce désordre général persiste quelquefois, alors même que des changements survenus dans les signes stéthoscopiques permettent de supposer qu'il y a eu cicatrisation des cavernes et guérison de l'affection pulmonaire.

Marche, durée, terminaison. — La marche des altérations syphilitiques des poumons n'a rien de spécial, à part l'élimination possible des tumeurs gommeuses. Ces tumeurs présentent les trois phases de crudité, de ramollissement, d'élimination et de cicatrisation déjà notées pour les gommes des autres organes, et à chacune de ces phases correspondent nécessairement des signes stéthoscopiques différents. La durée de ces affections est de plusieurs mois. Leur terminaison est le plus souvent heureuse, lorsqu'on parvient à les reconnaître assez tôt ; elle serait moins défavorable, si à cette période de la syphilis les lésions des viscères abdominaux n'entraînaient habituellement la cachexie et le marasme.

Diagnostic. — Les différents symptômes dont il vient d'être ques-

tion n'ayant, ainsi que nous l'avons dit, aucun caractère pathognomonique, il résulte de là que le diagnostic de la syphilis des poumons repose principalement sur les antécédents et les commémoratifs du malade, comme aussi sur la nature des affections concomitantes. Toutefois, certains désordres pulmonaires peuvent servir à éclairer le diagnostic et à mettre sur la voie de la syphilis. Ainsi un certain degré de matité, avec bruit de souffle non précédé de réaction fébrile, persistant et limité à l'un des lobes inférieurs ou au lobe moyen, chez un individu cachectique dont les sommets des poumons sont intacts et le foie altéré : voilà autant de signes qu'il en faut pour diagnostiquer l'existence d'une affection pulmonaire syphilitique. L'apparition subite de crachats abondants, le siége de l'altération dans une étendue limitée, et surtout dans un seul côté de la poitrine, sont des circonstances qui constituent encore une présomption en faveur de cette même affection (voir les observations ci-dessous).

L'altération tuberculeuse des organes respiratoires, qu'il est surtout facile de confondre avec les cas qui nous intéressent, se distingue du reste non-seulement par une évolution plus rapide et une plus grande extension, mais encore par son début tout spécial aux sommets des deux poumons. Que le désordre anatomique produit par la syphilis occupe l'un des sommets ou même les deux à la fois, on conçoit que le diagnostic est des plus difficiles et qu'il exige toute la sagacité d'un médecin éclairé. La marche de l'affection, l'état général du malade ou mieux son état particulier de cachexie, ses antécédents morbides : voilà sur quoi il sera encore possible de fonder une opinion qu'éclairera ultérieurement un traitement approprié.

Pronostic. — Le pronostic de la syphilis pulmonaire est grave et sérieux, non pas tant peut-être par le fait de la lésion propre des poumons qu'à cause des altérations syphilitiques qui, en même temps, sévissent d'ordinaire dans les autres viscères. Sans oublier qu'en pareil cas la guérison est souvent possible, il ne faut pas perdre de vue que ces altérations, relativement rares, n'apparaissent jamais qu'à une période très-avancée de la syphilis et par conséquent à un moment où l'organisme a déjà subi une très-profonde modification. Si l'on tient compte de cette considération, on ne sera plus tenté de regarder, à l'exemple du docteur O'Cconor et de quelques autres auteurs, comme manifestations syphilitiques des lésions qui, en dé-

finitive, ne sont que des pneumonies ou des pleurésies ordinaires.

Dans cet article, où nous nous sommes montré autant que possible sobre de détails, nous avons basé notre description sur l'altération anatomique, dont les caractères sont toujours plus précis et plus certains que ceux que fournissent les désordres symptomatiques. La phthisie et l'asthme syphilitiques qu'ont décrits certains auteurs ne sont, à notre avis, que des symptômes liés à quelques-unes des lésions précédemment étudiées et tout particulièrement aux ulcérations et au rétrécissement des conduits aériens. Notre manière de voir à cet égard, différente de celle des docteurs Lagneau et de Naux, trouvera, nous l'espérons, des imitateurs.

Les exemples suivants d'affections pulmonaires syphilitiques terminées par la mort ou par la guérison viennent à l'appui de ce qui précède.

Pneumonie chronique syphilitique.

V..., âgée de 45 ans, couturière, d'une forte constitution, entre le 1er avril 1853 à l'hôpital de la Clinique dans le service de M. Pidoux, pour une gêne excessive de la respiration. Depuis un mois elle était incommodée par du malaise, de l'oppression, et, il y a quelques jours, elle a été forcée de suspendre ses travaux. Elle indique la poitrine comme siége de son mal ; sa respiration courte, anxieuse et pénible, s'accomplit suivant le type costo-supérieur; la base du thorax est immobile et fait penser qu'un obstacle s'oppose à l'entrée de l'air dans les poumons ; la percussion confirme pleinement cette supposition, elle donne un son mat plus considérable cependant à gauche qu'à droite ; sonorité exagérée à la partie supérieure ; par l'auscultation on constate une respiration bronchique, un souffle en rapport avec la matité aux sommets des poumons, la respiration est puérile, exagérée et rapide ; 65 pulsations. Pas de chaleur à la peau ; langue rosée, face légèrement congestionnée, pas de céphalalgie, intelligence parfaite. Il y a un mois, cette femme a craché un peu de sang pendant deux ou trois jours ; jusqu'alors elle n'avait jamais souffert de la poitrine ; pas d'expectoration, pas de toux, pas de fièvre le soir ni sueur dans la nuit. Pas d'amaigrissement, point d'hérédité tuberculeuse. La marche, l'ascension d'un escalier, causent depuis quelques mois à la malade une grande gêne et des palpitations. Elle porte sur le corps des traces d'ecthyma et de rupia syphilitiques qui dénotent une maladie vénérienne très-invétérée. Nourrissant un de ses enfants il y a 13 ans, cette femme consentit à allaiter une petite fille qui avait les lèvres ulcérées et couvertes de plaques muqueuses.

Bientôt des ulcérations apparurent autour du mamelon de la nourrice, et un médecin qui la vit à cette époque fit un certificat pour constater l'in-

fection de la nourrice par l'enfant. Elle fut alors soumise à un traitement mercuriel. La maladie sembla sommeiller pendant deux ans, puis elle se réveilla avec une grande intensité; alors apparurent des plaques muqueuses, des ulcérations aux jambes, puis du rupia dont on constate encore aujourd'hui les traces indélébiles. Douleurs ostéocopes.

La malade se décida alors à reprendre un nouveau traitement; la liqueur de Van Svieten, l'iodure de potassium, sans apporter un grand soulagement à ces douleurs, contribuèrent à cicatriser les ulcérations.

Dès son entrée à l'hôpital de la Clinique, elle prit l'iodure de potassium et des antispasmodiques. Le soir, augmentation de la dyspnée. Le 2, la malade ne peut respirer qu'en se mettant sur son séant, les sommets des poumons se dilatent et se resserrent avec force; les battements du cœur sont plus éclatants et plus rapides. Le 3, ces symptômes sont encore plus marqués; même traitement. Le 4, il y a une oppression très-vive, la face est bleuâtre. On constate les symptômes d'une asphyxie, qui enlève la malade sur les 8 heures du soir.

Autopsie. — Faite le 6 août, 36 heures après le décès; — rien de particulier du côté du cœur, du cerveau et de l'abdomen, les poumons sont seuls le siége des lésions qui ont amené la mort; la trachée est remplie d'un liquide spumeux, la muqueuse n'offre ni rougeur ni ulcération. En incisant par la partie postérieure, les ramifications bronchiques des lobes inférieurs, on constate qu'elles sont entourées par une masse indurée, d'une couleur gris bleuâtre ayant une certaine analogie avec le marbre vert de mer; cette coloration est plus foncée à gauche qu'à droite. Cette masse indurée a remplacé le parenchyme pulmonaire qui sépare les divisions aériennes les unes des autres; elle offre une vive résistance à la pression; on dirait une périostose; le reste du poumon est doux au toucher, élastique, s'affaissant sous le doigt, et sa section souple et molle se convertit en lignes courbes et flexueuses, ainsi que dans l'état sain; il est légèrement rougeâtre, quoique très-congestionné. Pas la moindre trace de tubercule, ni au sommet, ni à la base, ni sur aucun point du corps. Les ganglions bronchiques sont noirs et indurés, sans tendance à la suppuration; les filets bronchiques des nerfs pneumo-gastriques, de chaque côté, plongent au milieu de tissu induré, ce qui en rend la dissection presque impossible. (Vidal de Cassis, *Traité des maladies vénériennes*, 2e édit., 1855.)

De ce fait, où la forme diffuse de l'altération syphilitique des poumons ne peut être contestée, nous rapprocherons deux observations, recueillies autrefois et publiées par nous dans la *Gazette hebdomadaire.* Ces observations, destinées à nous renseigner sur les phases les plus avancées des lésions circonscrites, trouveront leur complément dans le fait intéressant rapporté par Cornil. Ce fait est effectivement un bel exemple de ces mêmes lésions dans la première période de leur développement.

Antécédents syphilitiques probables chez le père. — Arrêt de développement des organes génitaux; conformation particulière des dents et du nez. — Douleurs ostéocopes, alopécie, angine, surdité; absence de menstruation, hémoptysies, signes d'excavation pulmonaire. — Autopsie. — Cavernes dans le poumon droit avec pneumonie au voisinage; cicatrices du foie.

Obs. XLIII. — R... (Louise), âgée de 41 ans, lingère, raconte que son père était atteint d'une mauvaise maladie, qui, d'après ce qu'elle a pu entendre dire, était une affection syphilitique; il était malade peu de temps avant sa naissance, et elle ne doute pas qu'il ne soit la cause des diverses souffrances qu'elle a éprouvées depuis son bas âge; pourtant, elle se souvient qu'il avait de violentes douleurs dans l'un des genoux. Sa mère fut affligée durant sept ans de douleurs qui parcoururent successivement les jambes et le bras droit; plus tard elle fut atteinte du choléra, et finit par succomber en 1852, ayant depuis un an de l'œdème aux membres inférieurs. De douze enfants qu'eurent ses parents, trois seulement ont survécu, tous les autres sont morts avant l'âge de trois ou quatre ans, mais sans que la malade puisse donner de renseignements sur ce qui leur est arrivé. En ce qui la concerne, voici ce qu'elle nous apprend : elle ne sait si elle a eu des convulsions durant son enfance, mais elle rapporte que, de huit à onze ans, elle eut des maux d'yeux et devint presque aveugle; plus tard elle éprouva des maux de gorge, sa voix s'altéra au point qu'elle devint presque aphone. A quatorze ans, elle est atteinte d'une surdité qui disparaît en partie, puis revient et persiste. Vers cette même époque on essaye, mais en vain, de provoquer la menstruation. A dix-huit ans, elle est prise d'une fièvre lente qui l'épuise peu à peu. Il paraît qu'on lui conseilla alors le mariage, mais elle refusa. A vingt-deux ans, douleurs intenses dans la tête, chute des cheveux. De vingt-deux à trente-huit ans, elle jouit d'une santé passable, souffrant souvent de l'estomac, ayant quelquefois des vertiges, des étourdissements, mais jamais de convulsions ou de perte de connaissance. En avril 1859, elle est atteinte d'une pleurésie; elle reprend bientôt son travail; mais, le 22 juin, elle se trouve dans la nécessité d'entrer à l'hôpital. Elle accuse alors des douleurs dans la région du dos, et quelques jours plus tard elle est prise d'hémoptysie; cette affection se répète vers la fin de l'année et au commencement de 1860.

Pour se faire traiter, cette intéressante malade est obligée d'aller dans plusieurs hôpitaux. Du 18 février au 15 juin 1860, sa santé est assez bonne, mais à ce moment survient une hémoptysie abondante; elle évalue à un litre environ le sang qu'elle rendit en vingt-quatre heures. En octobre, elle entre à l'hôpital de la Pitié, dans le service de M. Marotte. C'est alors que je pus l'examiner.

C'est une femme de petite taille, peu développée. Ses seins sont ceux d'une jeune fille non encore pubère; le pénil est complétement glabre, le vagin permet difficilement l'introduction du petit doigt; l'hymen existe à peine, mais il n'y a pas de trace de déchirure. Voix rauque et nason-

née; dents petites, bicuspidées; nez aplati vers sa base; tête presque chauve, quelques cheveux très clair-semés; pâleur, sans amaigrissement. Une nouvelle hémoptysie récente et des vomissements de matières alimentaires et médicamenteuses (huile de foie de morue, dont elle fait un grand usage), » sont les raisons qui l'amènent cette fois à l'hôpital; elle se plaint en outre de douleurs dans l'épaule et le bras droit et d'une gêne à la région de l'estomac. La surdité est portée à un tel point chez elle, que je suis obligé d'écrire mes questions pour qu'elle puisse y répondre; l'examen des oreilles ne fait découvrir aucune altération.

Je procède à l'examen de la poitrine, et je constate à la partie supérieure et interne de la mamelle, dans une étendue de plusieurs centimètres, l'existence d'un son obscur ou mat; à ce même niveau et vers le bord axillaire, on entend un souffle doux et saccadé, assez différent du souffle bronchique; un peu plus bas ce souffle prend le timbre creux; de temps à autre, et principalement durant les efforts de toux ou de profonde inspiration, on perçoit des râles sous-crépitants ou caverneux. En arrière, mêmes phénomènes plus profondément situés. Le poumon gauche est partout intact, le sommet et la base permettent la pénétration de l'air. Toux fréquente, quinteuse, avec expectoration abondante et souvent sanglante. Le cœur est sain; la rate, le foie et les reins ne paraissent pas lésés. L'intelligence de la malade est intacte, mais il est facile de reconnaître qu'elle a presque entièrement perdu le sens de l'odorat. Cet état dure depuis dix ans, si l'on en croit son récit. Depuis cette époque, en effet, cette malade est toujours restée enchifrenée. Appétit peu prononcé; phénomène d'embarras gastrique presque continuel; fièvre par moments, avec paroxysmes vers le soir. — Vésicatoire volant; boissons émollientes. — Cet état persiste, l'appétit reste languissant, l'amaigrissement s'accroît; cependant la face, quoique très-pâle, reste pleine et comme boursouflée. Les mois de novembre et de décembre se passent sans autre changement, les hémoptysies reviennent à plusieurs reprises et la malade sort en janvier.

Le 9 mars, elle me demande de la recevoir de nouveau à l'hôpital; elle est admise dans le service de M. Gendrin. L'amaigrissement depuis la sortie s'est accru; la toux persiste toujours et l'expectoration est habituellement sanguinolente. Il existe en avant et à droite de la poitrine un souffle caverneux qui commence à être entendu à deux ou trois travers de doigt de la clavicule; le même souffle se rencontre en arrière dans une assez grande étendue; matité à la percussion au pourtour du point soufflant, râles muqueux parfois très-gros, gargouillements. Le poumon gauche ne présente rien d'anormal. Le foie dépasse le rebord costal; le cœur est intact. La fièvre, modérée tout d'abord, prend plus d'intensité; quelques jours plus tard l'appétit est nul, il y a de la diarrhée; l'amaigrissement progresse. La malade s'épuise de plus en plus; elle tombe dans le marasme et succombe le 20 mars 1861.

Autopsie. — L'examen extérieur du cadavre n'offre à noter qu'un léger œdème des membres inférieurs. Le cerveau ne paraît altéré ni dans sa forme, ni dans sa structure; les nerfs qui en émanent sont sains. Les organes des sens ne peuvent être examinés, le cadavre ne devant pas être défiguré.

Cavité thoracique. — Le poumon gauche est intact ou seulement œdémateux. A droite, au contraire, il se rencontre une ulcération qui occupe les trois lobes; l'inférieur et le supérieur, toutefois, ne sont pas envahis dans toute leur étendue; à son sommet, le lobe supérieur est encore un peu crépitant, mais plus bas ce même lobe est induré; on y trouve plusieurs excavations. Des cavités analogues se rencontrent dans le lobe moyen et à la partie supérieure du lobe inférieur, séparées les unes des autres par des cloisons souvent incomplètes, ou des brides fibreuses plus ou moins étendues; les plus vastes peuvent contenir un œuf de pigeon; elles ont des parois parfaitement lisses et polies; elles sont situées au milieu d'un tissu grisâtre ferme et résistant à la pression, et qui ne s'affaisse ni ne se déchire. Nulle part on ne trouve la moindre trace de tubercule, et d'ailleurs ces cavernes sculptées dans le tissu induré indiquent suffisamment qu'il ne s'agit pas de tuberculisation, mais bien d'une induration chronique du tissu du poumon.

Cavité abdominale. — Le foie, plus volumineux qu'à l'état normal, déborde les fausses côtes; sa coloration lui donne l'aspect de la noix-muscade; de nombreuses taches jaunes, légèrement irrégulières, se dessinent à sa surface sur un fond brunâtre. La capsule de Glisson, épaissie au niveau du ligament suspenseur, offre avec le diaphragme plusieurs adhérences plus ou moins lâches. Sur la surface convexe se remarquent des sillons profonds ayant des directions variables et présentant à leur niveau un épaississement de la capsule; les lèvres de ces sillons sont unies par des tractus de tissu conjonctif; cette même altération se retrouve à la face concave. Des faisceaux fibreux tapissent le fond de ces cicatrices; au-dessous d'elles le parenchyme hépatique est peu altéré, les cellules sont granuleuses et atrophiées; dans le reste du foie, trame fibreuse épaissie, granulations graisseuses abondantes à l'intérieur des cellules. La rate et le corps thyroïde sont augmentés de volume et un peu indurés.

Les reins sont sains, les ovaires et l'utérus n'ont que le développement qui s'observe chez une jeune fille de huit à dix ans. Les ovaires, à l'état rudimentaire, ne contiennent pas de vésicules de Graaf; l'utérus est relativement très-petit, le pénil extrêmement glabre. La menstruation n'a jamais eu lieu, et tout porte à croire qu'il n'y a pas eu de rapports sexuels; ceux-ci étaient d'ailleurs presque impossibles à cause de l'étroitesse remarquable de la vulve et du vagin.

On pourrait contester ici la réalité de la syphilis; mais les renseignements qui nous ont été fournis par la malade, et cela à plusieurs reprises, la mort prématurée de la plupart de ses frères et sœurs,

l'arrêt de développement qu'elle présentait, l'état particulier du système dentaire et la perte des cheveux sans cause appréciable, comme aussi les caractères des lésions constatées à l'autopsie, ce sont là, à notre avis, autant de preuves qui militent en faveur d'une maladie syphilitique, et, d'ailleurs, comment se rendre compte autrement des nombreux accidents éprouvés par cette femme depuis sa naissance jusqu'au moment de sa mort?

La syphilis une fois admise, n'est-il pas rationnel de supposer que l'altération particulière du poumon comme la lésion hépatique sont ici un effet direct de cette maladie?

La lenteur d'évolution de l'affection pulmonaire, sa localisation à un seul lobe avec intégrité des sommets des deux poumons, les altérations spéciales de l'iris et de l'un des testicules, l'exostose du tibia, telles sont les circonstances diverses qui nous ont conduit à admettre, dans le cas qui suit, l'existence d'une manifestation pulmonaire d'origine syphilitique. Ajoutons que l'état anatomique des glandes sanguines est encore venu confirmer ce diagnostic.

Blennorrhagie et chancre, iritis, hyperostose du tibia; phénomènes voisins de ceux de la paralysie générale. Dépérissement, cachexie. — Mort. — Légère altération de la substance cérébrale; pneumonie chronique et gommes pulmonaires; choroïdite pigmentaire, périorchite.

Obs. XLIV. — T..., âgé de 42 ans, entre à l'hôpital de la Pitié, salle Saint-Athanase, le 17 janvier 1851. C'est un homme blond, grand et robuste, qui pour toute maladie a eu autrefois une blennorrhagie et un chancre. Il ne peut affirmer qu'il ait eu des manifestations du côté de la peau ou des muqueuses. Il y a quelques années, il a été pris de douleurs dans l'un des yeux; l'examen de cet œil indique suffisamment qu'il s'est agi d'un iritis, car il reste des traces évidentes de cette affection : déformation de la pupille, adhérences aux parties voisines. Dans l'aine, on trouve plusieurs ganglions, petits, isolés, durs et mobiles, aucune cicatrice ou trace de bubons. Physionomie hébétée, regard fixe, vue faible, parole embarrassée, lente; démarche incertaine, difficile; la station verticale ne peut être longtemps supportée; les membres inférieurs sont faibles, œdématiés, les urines cependant ne contiennent point d'albumine. Le tibia droit est le siége d'une hyperostose; la peau est lisse, pâle et fine. Toux légère, expectoration peu abondante ou nulle; matité à la percussion, à deux travers de doigt au-dessous de l'épine de l'omoplate gauche, absence du murmure vésiculaire, léger souffle à ce même niveau; sonorité et respiration normale de l'autre côté. Le cœur fonctionne régulièrement et ne paraît pas altéré; le foie et la rate sont normaux. L'appétit est peu développé;

il y a de l'amaigrissement depuis quelque temps, les forces faiblissent de jour en jour. Absence de fièvre. — Liqueur de Van Swieten, deux cuillerées par jour.

Au bout de quelques jours, l'embarras de la parole paraît diminuer, la faiblesse de la mémoire et des facultés intellectuelles est moindre, le malade raisonne et répond plus sûrement aux questions. Dix jours plus tard, diarrhée, langue blanche, anorexie, léger état fébrile. Suppression de la liqueur, diète, une pilule opium. La diarrhée cesse; mais l'œdème des jambes s'accroît, il gagne les parois abdominales. Vers la fin de février, le malade accuse une oppression plus considérable; il tousse fréquemment et expectore des crachats striés, purulents, assez analogues aux crachats de phthisique; son haleine est fétide et repoussante, gros râles muqueux à la partie postérieure du poumon gauche, à partir de l'épine de l'omoplate, souffle peu prononcé, matité légère à la percussion, défaut d'élasticité. L'existence de ces signes vers la partie moyenne et inférieure d'un poumon, alors surtout que le sommet et le poumon du côté opposé étaient parfaitement intacts, et la concomitance de manifestations syphilitiques évidentes, firent supposer qu'il pouvait s'agir là d'une affection syphilitique du poumon. Malheureusement le dépérissement du malade, l'état avancé de cachexie dans lequel il se trouvait, rendirent impossible toute médication spécifique. L'oppression, la toux, l'expectoration continuèrent; survint un état fébrile avec paroxysme vers le soir, le dépérissement fit des progrès et la mort arriva le 15 mars 1861.

L'autopsie est faite après quarante-huit heures. — Les parois abdominales sont légèrement verdâtres; œdème aux membres inférieurs, aux bourses et à la paroi abdominale. La cavité péritonéale renferme un peu de sérosité; légère hyperostose du tibia droit.

Tête. — Cheveux peu abondants, crâne normal, méninges intactes, cerveau mou en quelques points, granulations brunâtres ou jaunâtres sur le trajet des vaisseaux de la substance grise, en même temps que quelques amas ou corps granuleux. A gauche, l'iris est recouvert d'un exsudat blanchâtre, il adhère au cristallin, la pupille est déformée, choroïdite exsudative et pigmentaire, quelques granulations sur le trajet des vaisseaux rétiniens.

Thorax. — Adhérences entre le poumon droit et la paroi thoracique; œdème à la base de cet organe, sain d'ailleurs. Le lobe inférieur du poumon gauche adhère intimement, à l'aide de fausses membranes épaisses, au thorax et au diaphragme. On constate deux petites tumeurs ramollies au niveau de l'adhérence diaphragmatique. Incisé dans toute son étendue, ce lobe, d'une dureté remarquable, présente trois grandes excavations anfractueuses remplies d'une matière blanche granuleuse ou caséeuse; creusées dans le parenchyme du poumon, ces excavations sont tapissées d'une couche de substance pultacée qui ne diffère pas du contenu caséeux. Le tissu du poumon est très-fortement induré au voisinage de ces excavations; à la coupe il offre une surface lisse, grisâtre, mar-

brée, résistante comme le caoutchouc et impossible à pénétrer avec le doigt; les bronches qui aboutissent à ces cavités ont leur muqueuse épaissie, ridée, rouge, violacée et granuleuse. Le lobe supérieur n'est pas altéré, il est seulement œdémateux, il n'offre pas la moindre trace de tubercule; quelques-uns des ganglions bronchiques sont indurés, noirâtres, lisses à la coupe. Le cœur est normal.

Abdomen. — Le foie n'est pas altéré; les reins laissent apercevoir à leur surface quelques sillons cicatriciels, ils sont d'ailleurs sains. — Adhérence des deux feuillets de la tunique vaginale; épaississement par plaques de la tunique albuginée; substance testiculaire jaunâtre et atrophiée. Rate et corps thyroïde augmentés de volume. Quelques-uns des ganglions prévertébraux, plus volumineux et plus mous, offrent à la coupe une coloration rosée ou jaunâtre (aspect médullaire).

En regard des observations qui précèdent, il est possible de placer un certain nombre de faits, destinés à montrer les avantages que l'on peut obtenir d'un traitement approprié dans des circonstances en apparence très-graves, où la syphilis a pu être suspectée.

Brambilla rapporte dans son traité sur le phlegmon l'exemple suivant que Swediaur et plusieurs autres auteurs se sont plu à reproduire : « On ordonna un électuaire pour un phthisique qui était dans une situation désespérée ; par une méprise d'apothicaire, l'électuaire fut donné à un malade vénérien pour s'en frotter, et le phthisique reçut l'onguent mercuriel au lieu de l'électuaire pour le prendre à l'intérieur. Celui-ci, ne se doutant pas de la méprise, prit de cet onguent environ la grosseur d'une noix muscade, deux à trois fois par jour, et il fut radicalement guéri de sa maladie, au grand étonnement du médecin qui apprit ensuite, par hasard, de l'apothicaire, comment la chose s'était faite (1). »

Swediaur (*loc. cit.*, p. 169) raconte encore que le professeur Frank a radicalement guéri, par un traitement mercuriel, une phthisie accompagnée d'un crachement de sang, d'une expectoration purulente et de l'émaciation la plus complète. C'est vraisemblablement cette observation que rapporte J. Frank dans une note de son *Traité de Pathologie interne* (t. IV, p. 267). Je trouve, nous dit-il, dans les notes de mon père, la relation suivante : « Ann. 1785, virum placentinum curavi, qui herpete venereo ad perinæum laborans, simul ad pectus dextrum, de dolore conquerebatur, et post prægressa jam sputa sanguinis [1],

(1) Brambilla, *Traité du phlegmon*. — Swediaur, *Malad. syphil.*, Paris, 1801, ch. XVIII, p. 398.

cumque febri lenta et emaciatione, sputabat exigna sputa purulenta cum punctis sanguineis sæpe remixta. Credidi eamdem herpeticam materiem pulmones exedere in parva licet superficie; neque huic causæ est multum puris fundere, sed in superficie potius divagari amat. Curam mercurialem adhibui, et sputa et dolores pectoris plurimum diminuebantur, febris lenta disparuit successive et vires et naturalis forma emaciato corpori satis bene iterum restituebantur. »

Rich. Morton et Hoffmann ont vu chacun un fait très-analogue. Parmi les nombreux cas contenus dans la thèse de Lagneau (1), il en est deux assez incomplets, il est vrai, mais dont les symptômes, qui ont plus d'un trait de ressemblance avec ceux de la pneumonie chronique, ont paru favorablement influencés par un traitement spécifique.

Leudet a rapporté l'observation d'un homme de 35 ans qui présentait un amaigrissement réel, de la toux, de la dyspnée au moindre exercice, une expectoration spumeuse peu abondante, et chez lequel il constata, ainsi que les professeurs Grisolle et Velpeau, une matité légère au sommet gauche de la poitrine avec inspiration rude, expiration prolongée, et bronchophonie sans râle. Soumis à l'usage de l'iodure de potassium, des pilules mercurielles et des bains sulfureux, ce malade, qui avait en même temps un testicule syphilitique, guérit en quelques mois; la voix légèrement altérée reprit son timbre normal, la dyspnée et la toux disparurent, il y eut un retour complet de la respiration au sommet gauche du poumon. Les eaux de Bagnères-de-Luchon achevèrent le traitement; là le malade reprit son embonpoint et ses forces.

Dernièrement, l'un de nos maîtres, le docteur Gubler, me racontait le fait intéressant que voici : « Un homme assez robuste, depuis longtemps inquiété d'une maladie de poitrine qu'il ne pouvait guérir, partit pour Londres, dans le but de s'y faire traiter par un médicastre anglais. Ayant épuisé ses ressources, il revint plus malade qu'il n'était parti. Il entra à Beaujon dans mon service, et je constatai l'existence de gros râles et d'une sorte de gargouillement vers les sommets des

(1) Thèse cit., observ. XXXIX et XLIV. L'une de ces observations, d'abord insérée dans le *Journal de médecine* de 1826, t. XCV, se trouve rapportée dans les *Annales de la médecine physiologique de Broussais*, t. VII, p. 576, sous le titre de *Pneumonie chronique réputée vénérienne*; l'autre est empruntée au travail de W. Munk, *London med. Gaz.*, 1849.

poumons. Pensant à des excavations tuberculeuses, je portai un pronostic grave; les choses en étaient là, quand j'aperçus une syphilide qui, d'après le malade, était de même date que l'affection pulmonaire. Je saisis cette indication avec empressement, j'administrai l'iodure de potassium et je fus assez heureux pour voir disparaître tous les accidents avec une rapidité vraiment surprenante. Bientôt après le malade reprit son embonpoint. Dans ce cas, ajoute le savant médecin de l'hôpital Beaujon, la modification des signes physiques a été trop prompte pour que l'on puisse croire à une cicatrisation de caverne; j'aime mieux penser qu'il y avait une induration pulmonaire avec retentissement de râles se passant dans les bronches. »

A ces faits il me serait facile d'ajouter plusieurs observations qui me sont personnelles et dans lesquelles la nature syphilitique de l'affection pulmonaire ne paraît pas non plus douteuse. Mais je me contenterai de rapporter les deux cas suivants :

Obs. XLV. — La nommée Q., âgée de 24 ans, fleuriste, entre à l'hôpital de la Pitié, le 23 mai 1861, salle du Rosaire, n° 1. C'est une femme grande et forte; il y a deux ans, elle fut atteinte d'une angine qui ne dura pas moins de deux mois; elle a eu autrefois deux enfants qui ont succombé à la suite de convulsions peu de temps après leur naissance. Aujourd'hui on constate une destruction partielle du voile du palais, des dépressions cicatricielles à la racine des cheveux, une cicatrice allongée et blanchâtre au niveau de l'articulation sterno-claviculaire droite. Depuis deux mois, cette malade éprouve de l'essoufflement, des douleurs dans les côtés; elle a de la dyspnée, une toux rauque qui s'accompagne d'une expectoration constituée par un liquide clair, contenant des grumeaux jaunâtres. La percussion donne une obscurité du son très-manifeste au niveau de la fosse sus-épineuse, et l'auscultation permet de reconnaître la diminution du murmure vésiculaire en ce point. On entend d'ailleurs, dans le reste de l'étendue des poumons, un sifflement laryngo-trachéal qui voile le murmure vésiculaire. Liqueur de Van Swieten, 2 cuillerées par jour. Sous l'influence de cette médication continuée pendant plus d'un mois, la toux diminue, l'expectoration et la matité disparaissent, et la respiration semble revenue à l'état normal. Cette malade quitte l'hôpital, le 16 juin, dans un état de guérison presque complète. A part l'altération du poumon, que révélaient ici la matité et la modification de la respiration, il y a lieu de se demander, vu l'existence du sifflement trachéal, si la trachée ou l'une des bronches n'était pas altérée.

Obs. XLVI.— Dans le courant du mois d'avril de l'année 1861, je fus appelé à examiner un homme robuste et bien constitué qui n'avait dans sa famille aucun antécédent tuberculeux. Cet homme accusait, comme affections antérieures, un chancre, des maux de gorge et une éruption très-peu

abondante. A part ces accidents, il avait toujours joui d'une bonne santé jusqu'au mois de janvier dernier, époque à laquelle étaient survenus de la toux, de la gêne de la respiration, la diminution de ses forces, et de l'amaigrissement. Après avoir eu plusieurs hémoptysies, il expectore aujourd'hui des crachats jaunâtres, épais et abondants. Sonorité moindre à droite, au-dessous et au niveau de l'épine de l'omoplate, normale, à gauche. Dans une grande étendue du lobe supérieur du poumon droit, s'entendent un souffle un peu creux et des râles, phénomènes qui me portent à diagnostiquer l'existence d'une caverne. A gauche, la respiration est rude et exagérée, sans bruits anormaux appréciables. Ce malade est amaigri ; son teint est jaunâtre, terreux ; ses forces déclinent chaque jour ; il a de l'essoufflement et de la dyspnée, et en même temps il présente à l'extrémité inférieure de l'humérus gauche une hyperostose qui a presque le volume des poings d'un adulte, tellement que la flexion de l'avant-bras sur le bras ne peut s'effectuer que d'une façon bien incomplète, quoique les surfaces articulaires soient restées intactes. Cette dernière affection, sur l'origine de laquelle je ne pouvais conserver le moindre doute, me porta à prescrire le sirop d'iodure de fer. Le malade partit pour la campagne, et plus tard, lorsque sa santé fut un peu améliorée, je lui fis prendre de l'iodure de potassium. Au bout d'un an l'extrémité inférieure de l'humérus avait repris son volume normal, les mouvements de l'avant-bras sur le bras étaient libres ; du côté de la poitrine je constatai une amélioration notable, il existait seulement une faiblesse respiratoire et quelques râles à droite, sans souffle appréciable. La toux était moins fréquente, l'expectoration presque entièrement tarie. Frappé d'un semblable résultat et constatant la disparition complète de l'hyperostose, j'engageai mon malade à continuer le traitement que je lui avais prescrit une première fois, lorsqu'il m'apprit qu'il n'en avait jamais usé. Cette assertion ne contraria en rien mon diagnostic. Je ne sais toutefois s'il me dit vrai, mais quelque temps après son frère vint m'apprendre qu'il venait d'être atteint d'une hémiplégie. Traitée par les moyens ordinaires, cette affection s'améliora néanmoins ; plus tard survint une nouvelle attaque qui emporta rapidement le malade.

Bien qu'ils manquent du contrôle anatomique, ces faits, quelle que soit la valeur qu'on veuille bien leur accorder, serviront tout au moins à fixer l'attention des observateurs sur les affections syphilitiques des organes de la respiration. N'auraient-ils d'autre avantage, que nous croirions qu'ils ne sont pas sans utilité ; car il importe de savoir que les lésions chroniques des poumons, de même que celles des autres viscères, sont le plus souvent dépendantes d'un vice constitutionnel.

ARTICLE VIII. — APPAREIL DE L'INNERVATION.

ULRICH DE HUTTEN, Paracelse, voy. Aphrodisiacus de Gruner, p. 130 et 134, indiquent l'existence de la paralysie syphilitique. — THIERRY DE HÉRY, La méthode curatoire de la maladie vénérienne. Paris, 1552. Van Swieten, Comment. in Boerhaavii. Aphorismos, 1773.— PROST, Médecine éclairée par l'ouverture des corps, t. II, p. 59. Paris, 1804.— LALLEMAND, Recherch. anat. pathol. sur l'encéphale. Paris, 1830.— DUHAMEL et LEGRAND, Recherches sur les désordres que le virus syphilitique peut causer sur le cerveau, *Journ. des conn. méd.-chir.*, 1835, p. 448. — Ch. BELL, The nervous system of the human Body, with an appendix of cases and consultations on nervous diseases. London, 1836. — BUDD, Cases of apoplexy consequent of syphilis. *London med. Gaz.*, 1842. — EBRARD, Névroses syphilitiques, *Gaz. méd. de Paris*, 1843.—RAYER, La syphilis cérébrale ou méningienne, *Annales de thérapeutique*, t. V, 1847-1848. — SCHUTZENBERGER, Syphilis simulant les troubles encéphaliques, *Gaz. méd. de Strasbourg*, 1850, p. 708. — BEDEL, Syphilis cérébrale. Thèse de Strasbourg, 1851. — LUCAS CHAMPIONNIÈRE, *Journ. de méd. et de chirurg. pratiques*, 1851. — YVAREN, Des métamorphoses de la syphilis, 1854, et Des lésions cérébrales liées à la syphilis, *Gaz. méd. de Lyon*, 1858, n° 20. — FAURÈS, *Gaz. hebd.*, 1855. — HILDENBRANDT, De la syphilis dans ses rapports avec l'aliénation mentale. Thèse de Strasbourg, 1859. — Fr. ROTH, Syphilitische Gummageschwulst der harten Hirnhaut, aus der Klinik von Prof. Bamberger. *Aerztl. Intellig.-Bl.*, n° 37, 1859. — Ph. MUNCH, Hemiplegia syphilitica, aus Traube's Klinik, in *Deutsche Klinik*, n° 47, 1859. — Gust. BREMME, De paralysi centrali syphilidem secuta, casus singularis, descriptione illustrata. Berlin, 1859. — E.-L. BERTHERAND, Recherches sur les névroses syphilitiques. Bruxelles, 1860.—G. LAGNEAU, Maladies syphilitiques du système nerveux. Paris, 1860. — GRIESINGER, in Archiv der Heilkunde, 1860.— L. GROS et LANCEREAUX, Des affections nerveuses syphilitiques. Paris, 1861.— L. MEYER, *Allg. Zeitschrift für Psych.*, XVIII, p. 287, 1861. — TUNGEL, Chronische Gehirnkrankheit mit Beziehung zu constitutionell. Syphilis, in klinisch. Mittheilungen, etc., p. 89. Hamburg, 1861. Voyez aussi, ibid., *Constit. Syphilis*, p. 39, 1859. — LADREIT DE LA CHARRIÈRE, Des paralysies syphilitiques. Thèse de Paris, 1861, n° 569. — LEUBUSCHER et HENOCH, Comm. à la Société de médecine de Berlin sur les affections syphilitiques du système nerveux. *Deutsche Klinik*, n° 6, 1861, et *Gaz. hebd.*, p. 268, même année. — JACKSON, *Med. Times and Gaz.*, June 22, p. 648, 1861.—H. LEE, De quelques irritations nerveuses reflexes dues à l'altération syphilitique des os du crâne. *Med. Times and Gaz.*, p. 641, 15 June 1861. — A. ZAMBACO, Des affections nerveuses syphilitiques. Paris, 1862. — SONREL, Sur les paralysies syphilitiques. Thèse de Strasbourg, 1862. — GOODWIN, Syphilitic affection of the brain, *The Lancet*, 19 July, 1862.— RUSSELL, *Med. Times and Gaz.*, feb. 8, 1862.—DUNCAN, Cases of syphilitic insanity and epilepsy. *Dublin Quarterly Journ.*, feb. et may,

1863, vol. XXV. — E. Wagner, Das Syphilom des nerven Systems, *Archiv der Heilk.*, t. IV, p. 161, 1863.— Schupp, Chronisch Hirnkrank, mit Bezieh. zu constitutionnel. Syphilis. *Deutsche Klinik*, 22 et 23, 1863. — S. Wilks, On the syphilitic affections of internal organs, *Guy's hospital Reports*, 3e série, IX, p. 1, 1863. — Westphal, Zwei Fælle von Syphilis des Gehirns, *Allgem. Zeitschr. fur Psychiatrie*, XX, 5 et 6, p. 481. — Russell, Affections syphilitiques du système nerveux, *Med. Times and Gaz.*, oct. 17, 1864. — Th. Reade, Tertiary Syphilis, *In Dublin Journal*, XXXVI, p. 324. — Leven, *Gaz. méd. de Paris*, 1864. — Lancereaux, Études sur les lésions viscérales syphilitiques. *Gaz. hebd.*, 1864. — Jaksch, Ueber Syphilis innerer Organs. *Prager med. Wochenschrift*, t. I, 1864, et *Sch. Jahrb.*, t. CXXII, p. 298. — Max. Leidesdorf, Ueber Gehirnsyphilis, *Wien. Ztschr. med. Jahrb.*, XX, 2, p. 112, 1864. — E. Winge, Meningitis spinalis gummosa, *Norsk. Magazin*, XVIII, 1, p. 84.

Les affections syphilitiques du système nerveux n'étaient pas entièrement ignorées des premiers syphilographes (Ulrich de Hutten, Paracelse, etc.), et déjà au seizième siècle on trouve quelques observations touchant ces manifestations. Nicolas Massa (1) rapporte un fait de manie syphilitique qui paraît lié surtout à l'intensité des douleurs ostéocopes. « Un jeune homme de 25 ans se livre à un coït impur; il contracte des ulcères profonds qui s'accompagnent de pustules disséminées sur tout le corps. Chaque soir, au coucher du soleil, il éprouve des douleurs de tête très-intenses dont la malignité, en atteignant les ventricules du cerveau, lui cause des accès de manie aiguë. Ce jeune homme guérit complétement par l'emploi de quelques minoratifs, des pilules indiennes, etc. »

Thierry de Héry établit, dès 1634, que la syphilis peut traîner à sa suite des accidents nerveux; il cite le spasme et raconte qu'il a traité un homme affecté d'épilepsie et de syphilis par les remèdes propres à cette dernière, et cet homme fut délivré des deux maladies (2).

L'ouvrage célèbre d'Astruc renferme des passages nombreux relatifs aux accidents syphilitiques de l'appareil cérébro-spinal. Presque tous les désordres encéphaliques y sont signalés: la migraine, le vertige, les convulsions, l'épilepsie, la paralysie, la sciatique, l'insomnie, etc.; malheureusement Astruc borne là ses assertions par trop vagues, sans se préoccuper davantage des caractères propres à chacune de ces manifestations.

(1) *De morbo Gallico liber*, cap. VII, *Aphrodisiacus*, p. 56.
(2) *Méth. curat.*, etc., p. 15.

On lit dans Van Swieten (1) : « Sæpe observantur cerebri læsiones in lue venerea inveterata, a levissima vertigine ad lethalem apoplexiam usque : pessimam epilepsiam, cæcitatem, surditatem, etc. Vidi in lue venerea inveterata, quæ tunc media ossa occupare solet, præcipue in cranio.» Les désordres cérébraux syphilitiques sont, pour cet auteur, indirects ou consécutifs plutôt que primitifs. Benj. Bell (2) donne de l'épilepsie et de la manie syphilitiques des observations pleines d'intérêt. Cirillo (3) pense aussi que l'épilepsie peut être syphilitique, et il rapporte à l'appui de cette manière de voir l'observation d'un soldat atteint de cette névrose. J. Frank, Maisonneuve, Lagneau, Lallemand, Baumès, signalent l'existence de troubles cérébraux liés à la syphilis, et plus particulièrement l'épilepsie. Ricord, Cullerier, Vidal, ont vu et rapporté des faits du même genre avec autopsie. Rayer, Beau, Briquet et Guérard (*Ann. de thérap.* de Rognetta), Trousseau et Pidoux, Schutzenberger, Yvaren et plusieurs autres auteurs ont également laissé des observations intéressantes sur ce sujet.

La plupart de ces faits ont été consignés dans les traités de G. Lagneau, de Gros et Lancereaux. Virchow, Wilks, Meyer, Tüngel, Ladreit de la Charrière, Zambaco, l'auteur de ce livre et plusieurs autres encore, ont ajouté de nouvelles observations à l'histoire de la syphilis du système nerveux.

C'est à l'aide de ces matériaux que nous allons essayer de tracer successivement les caractères anatomiques et symptomatiques des affections des enveloppes, des centres et des cordons nerveux.

§ 1. — Affections des enveloppes cérébrales. — Méningopathies syphilitiques.

Étude anatomique. — La dure-mère est de toutes les enveloppes cérébrales celle qui subit les atteintes les plus fréquentes de la syphilis. Les altérations qu'on y rencontre sont les unes diffuses et analogues à la pachyméningite chronique, les autres circonscrites et semblables aux tumeurs gommeuses; ces deux formes coexistent le plus ordinairement. Il arrive aussi que les méninges molles ou même la substance encéphalique, sinon les os du crâne, prennent part au processus syphilitique, et alors la dure-mère se trouve soudée et

(1) *Commentaria in H. Boerhaavii Aphorismos.* Paris, 1773, t. V, p. 371.
(2) *Traité de la gonorrhée virulente et de la maladie vénérienne*, t. II. Paris, 1802.
(3) *Traité complet sur les maladies vénériennes*, trad. franç. de Auber. Paris, 1803.

réunie aux enveloppes sous-jacentes à l'aide d'une substance jaunâtre qui parfois pénètre jusque dans la substance nerveuse.

La pachyméningite syphilitique est externe ou interne suivant que l'un ou l'autre des deux feuillets de la dure-mère est plus particulièrement affecté. La pachyméningite externe (endocranite) est le plus souvent accompagnée de lésions osseuses (épaississement ou atrophie, ostéophytes). La pachyméningite interne coïncide plutôt avec des altérations de la pie-mère et du cerveau. Des faits déjà nombreux attestent l'existence de cette double manifestation. Rhodius (1) donne l'histoire d'un paysan attaqué de la vérole dans la dure-mère duquel il découvrit trois concrétions solides blanches. Dans un cas observé par Bayle et Kergaradec (2), il existait sous la dure-mère adhérente aux os du crâne quatre tumeurs dures ayant chacune le volume d'une noix; la pie-mère et l'arachnoïde étaient épaissies, indurées et injectées, la substance cérébrale altérée sur plusieurs points. Rayer a rapporté l'observation suivante :

Un homme âgé de 40 ans, d'une constitution vigoureuse, était affecté d'ulcères siégeant au voile du palais et d'un ozène syphilitique; il éprouvait des douleurs ostéocopes dans la tête et les extrémités, des vertiges, de la faiblesse dans les membres et de la surdité à droite. Plus tard il fut pris de violentes convulsions épileptiformes, la fièvre s'alluma, il y eut du coma et la mort arriva bientôt.

Autopsie. — Les membranes d'enveloppe de l'hémisphère droit sont lardacées, adhérentes entre elles et avec le cerveau, principalement vers la base. Dans la fosse du rocher, à droite, existe une tumeur du volume d'un œuf de pigeon, adhérant fortement à l'os, lardacée, évidemment formée de lymphe plastique et en tout analogue à une gomme; le cerveau est ramolli dans tous les points où existent des adhérences ; pas de caillots apoplectiques; la partie osseuse sur laquelle reposait la tumeur était dénudée et rugueuse.

Dans un cas de Sanson, cité par Lallemand (3), le crâne est épaissi, la dure-mère est friable au niveau de l'extrémité antérieure de l'hémisphère gauche du cerveau; au-dessous, tumeur squirrheuse, trilobée, du volume d'une petite noix, d'un blanc grisâtre, un peu jaunâtre, continue à la dure-mère par sa face externe et à la substance blanche du cerveau par sa face interne, assez vasculaire.

(1) *Nouvelle Bibl. méd.*, février 1823. — L. Gros et Lancereaux, *loc. cit.*, p. 252.

(2) Centur. I, Obs. XXXIII. Citation de W. James. *Dictionnaire universel de médecine*, t. IV, p. 978, traduction française de Diderot, etc. Paris, 1847.

(3) *Recherches anatom. patholog. sur l'encéphale,* lettre VII, n° 2.

Virchow a vu, dans un cas analogue, l'oblitération consécutive de la carotide cérébrale (1) être suivie rapidement de cécité et plus tard de ramollissement cérébral. On doit à Meyer plusieurs observations relatives aux lésions qui nous occupent. Quelques-unes sont, il est vrai, fort contestables en ce qui concerne l'origine syphilitique; mais, pourtant, celle qui suit laisse peu à désirer :

G. H... éprouva d'abord plusieurs accès épileptiformes, plus tard une céphalalgie persistante et des vertiges, puis une hémiplégie gauche incomplète avec embarras de la parole; en dernier lieu : délire et coma, tremblement, soubresauts des membres et la mort.

La surface extérieure de la dure-mère, au niveau du lobe antérieur gauche, est épaissie, âpre, rugueuse, injectée; la table interne adhère au cerveau dans une étendue d'environ trois pouces carrés, par l'intermédiaire d'un dépôt de tissu fibroïde dans lequel se trouvent trois masses fibrineuses, denses, opaques et blanchâtres; ces masses, qui ont le volume d'une noisette, pénètrent en partie dans le cerveau, dont la substance grise n'est plus reconnaissable; dans le corps strié gauche existe un kyste du volume d'une noisette, évidemment d'origine apoplectique; la moitié antérieure du corps strié droit est congestionnée et ramollie; thrombose ancienne de la carotide interne gauche; cicatrices et gommes du foie, dentelures de l'épiglotte (2).

Roth a publié un fait qui ne manque pas d'analogie avec le précédent.

Un homme de 52 ans, qui avait un chancre de la verge, ne remarqua jamais d'autre symptôme syphilitique. Six semaines avant son entrée à l'hôpital, ce malade présentait une tumeur semi-dure du crâne et se plaignait, la nuit surtout, de douleurs de tête (onctions mercurielles); trois jours plus tard survinrent plusieurs accès épileptiformes; le surlendemain il avait une fièvre ardente et une pneumonie du poumon gauche qui fut suivie de mort. Une cicatrice étoilée et étendue existe à la partie supérieure de la poitrine. A la surface du crâne, cicatrices multiples et anfractuosités dues à des tumeurs assez

(1) Böning, *Deutsche Klinik*, 1861, n° 43, et Passavant, Virchow's *Archiv*, t. XXV, p. 171, ont vu l'un l'artère carotide interne et l'artère de Sylvius, l'autre le tronc basilaire également altérés. Dans un cas observé par de Gräfe, *Archiv für Ophthalmol.*, 1860, t. VII, p. 34 plusieurs vaisseaux de la base étaient oblitérés par suite de la compression produite par une tumeur volumineuse.

(2) *Allgem. Zeitschrift für Psychiatrie*, XVIII, p. 287; — et Schmidt's *Jahrb.*, t. CXIV, p. 312, 1862.

petites, d'un blanc jaunâtre et fibreuses ; au niveau de l'extrémité antérieure du lobe gauche du cerveau, une tumeur lisse, circonscrite, traverse la dure-mère et la soude aux parties voisines, les granulations de Pacchioni sont augmentées de volume et nombreuses ; pneumonie et pleurésie purulente à gauche ; le foie est volumineux, son bord antérieur est tuméfié, et vers la partie moyenne du lobe droit on constate deux cicatrices superficielles ; plus profondément existent trois tumeurs dures arrondies, juxtaposées ; rate tuméfiée. Les tumeurs de la dure-mère et du foie sont d'un rouge grisâtre, elles sont dues à une hypertrophie du tissu cellulaire avec formation de noyaux multiples : on y constate plusieurs foyers en voie de dégénération graisseuse, sorte de momification des cellules et des noyaux déjà formés (1).

Aux faits précédents, on pourrait ajouter une observation rapportée par Wagner, et plusieurs autres encore qu'il serait trop long d'énumérer (2). L'existence des lésions syphilitiques de la dure-mère ne peut donc pas être mise en doute. Tantôt ces lésions sont constituées par l'épaississement de la membrane, à la surface ou dans l'épaisseur de laquelle se rencontre un néoplasme plus ou moins épais ; tantôt elles sont dues à des formations jaunâtres, caséeuses, étalées ou circonscrites, sous forme de tumeurs ayant le volume d'un grain de chènevis, d'une noisette, peu ou pas vasculaires, molles ou susceptibles de se ramollir par le fait de la métamorphose régressive que subissent leurs éléments constitutifs. La face convexe des hémisphères, la partie antérieure de la base au niveau de la selle turcique principalement, tel est leur siége ordinaire ; Wagner, dans un cas, a rencontré cette même lésion sur la faux du cerveau.

Rarement, avons-nous dit, de semblables altérations se limitent à l'arachnoïde ou à la pie-mère ; mais quelquefois aussi ces membranes sont primitivement atteintes. Gildemeester et Hoyack ont rapporté un cas d'altération syphilitique de ces membranes, Griesinger (3) et Ziemssen (4) en ont vu d'autres. Howitz signale, chez deux enfants

(1) *Bayerisches ärztliches Intelligenzblatt*, 1859, n° 37.

(2) Voyez Bonet, *Sepulcretum*, 1679, p. 1669. — Pruner, *Krankheiten des Orients*, Erlangen, 1847, p. 194. — Nunn, *Transact. Pathol. Society*, vol. XI, p. 2. — *Dickinson*, *ibid.*, t. XIII, p. 8. — Murchison, *ibid.*, p. 251. — Calmeil, *Traité des maladies inflamm. du cerveau*, Paris, 1859, t. II, p. 260.

(3) *Archiv für Heilkunde*, p. 73, 1re livr. 1860.

(4) Virchow's *Archiv*, 1858, t. XIII, p. 213. — Voyez de plus Leudet, Tüngel, *oc. cit.*

nés de mères syphilitiques, une couche d'exsudation jaunâtre fibrineuse sur le trajet des vaisseaux arachnoïdiens, au niveau des faces supérieure et inférieure des hémisphères. Luys et Blachez (1) ont rapporté un fait analogue et très-intéressant, où l'on voyait de nombreux noyaux plasmatiques sur le trajet des petits vaisseaux qui de la piemère pénétraient dans l'encéphale. Dans une observation de Westphal, que nous donnerons plus loin, l'arachnoïde est aussi affectée.

De ces faits il résulte que les altérations syphilitiques des méninges peuvent être rapprochées de celles des parenchymes, puisqu'elles revêtent des formes très-analogues. Ces membranes, pas plus que celles qui enveloppent le cœur, ne font donc exception à la loi générale qui semble régir, quel qu'en soit le siége, les modalités anatomiques de la syphilis constitutionnelle. La pachyméningite sans hémorrhagies et la méningite tuberculeuse surtout sont les lésions dont les caractères anatomiques ressemblent le plus à ceux de la méningite syphilitique diffuse; la fausse membrane qui caractérise la première de ces lésions, libre en général de toute adhérence avec l'arachnoïde viscérale, se distingue nettement de l'épaississement lardacé tel qu'on le rencontre dans une de nos observations; les granulations petites, arrondies, blanchâtres et tout à fait spéciales de la dernière rendent difficile une erreur que l'on peut déjà éviter en tenant compte du siége respectif des deux lésions.

Les fongus de la dure-mère, dénomination sous laquelle on comprend des lésions souvent fort dissemblables, telles qu'épithéliomas, cancers fibro-plastiques, fibromes, se distinguent des tumeurs gommeuses, les uns, comme les épithéliomas, par une constitution histologique tout à fait particulière, les autres, comme les tumeurs fibroplastiques (2), par leur vascularité, une coloration et une consistance toute différente de celle des productions syphilitiques. Notons du reste que la base du crâne est le siége ordinaire des fibromes, tandis que c'est à la voûte que se rencontrent le plus ordinairement les dépôts gommeux.

Étude symptomatique. — Les troubles fonctionnels qui correspondent aux dépôts syphilitiques de la dure-mère varient évidemment

(1) *Gaz. hebd. de méd. et de chirurgie.* Paris, 1861, p. 198.

(2) C'est d'une tumeur de ce genre qu'il s'agit, nous pensons, dans un cas relaté par Baudot.

avec le siége, l'étendue de ces lésions et le degré de compression qu'elles déterminent. Dans les cas où la dure-mère cérébrale était atteinte, les symptômes observés ont été une céphalée plus ou moins violente, des vertiges, des étourdissements, des accès épileptiformes, ou bien, plus rarement, une paralysie sous forme hémiplégique. Si la dure-mère cérébelleuse se trouvait plutôt lésée, à ces symptômes s'ajoutaient des nausées, des vomissements et même des désordres du côté de la vision (photophobie). A l'appui de ce que nous avançons, nous rapporterons les deux observations suivantes :

Céphalalgie. — Vertiges. — Accès hystéro-épileptiques. — Albuminurie. — Érysipèle. — Mort. — Autopsie. — Dépôts gommeux de la dure-mère cérébrale adhérente aux membranes sous-jacentes. — Induration cérébrale. — Tumeurs gommeuses de l'épiglotte.

Une fille âgée de 40 ans, domestique, au teint pâle et à la figure boursouflée, entre le 15 mars 1860 à l'hôpital. Elle accuse depuis cinq mois des maux de tête et des vertiges, la perte graduelle de ses forces. Quatre jours après son entrée, attaque épileptique.

Le 14 avril, deux nouvelles attaques, la dernière plus faible dans laquelle, malgré la perte de la parole, la connaissance est restée intacte. A partir de ce moment, fatigue, céphalalgie fréquente, bouffissure du visage.

Le 18 avril survient un nouvel accès, occasionné par la vue d'une malade qui est prise de convulsions; cet accès reparaît les 19 et 29 juillet, puis le 4 août. Sortie le 15, cette malade rentre le 28. L'œdème reparut peu de temps après la sortie.

Le 3 et le 10 septembre, perte de connaissance sans convulsions. Diurétiques et disparition de l'œdème. En octobre, le caractère de la malade devient mélancolique; accès d'oppression, bourdonnements d'oreille, pesanteur de tête, pleurs.

En février 1861, œdème plus considérable; poids spécifique de l'urine augmenté; ce liquide contient des cylindres fibrineux, minces, de nombreux corpuscules de sang et beaucoup d'albumine. L'emploi de la coloquinte et de la gomme-gutte reste sans succès. L'hydropisie augmente; il survient même de l'ascite. Pas d'accès convulsifs jusqu'au 3 avril. A la suite d'un accès survenu ce jour même, pesanteur de tête, sopor, déjections involontaires, fréquence et petitesse du pouls, érysipèle de la jambe gauche ayant pour point de départ une excoriation de l'épiderme. Le 5, deux attaques épileptiques. — Le 6, mort.

On apprit pendant les derniers jours de la vie que cette malade avait appartenu à la classe des prostituées, et qu'elle avait été autrefois à l'hôpital pour un ulcère primitif de la commissure postérieure, et en 1857 pour des accidents secondaires.

Autopsie. — La dure-mère est solidement unie à la boîte crânienne du côté gauche. Après l'avoir décollée, on constate l'existence d'une couche exsudative ferme et d'une coloration d'un blanc jaunâtre, située entre l'os et cette membrane à laquelle elle reste adhérente. La surface interne du crâne est spongieuse et dépolie; l'os frontal est épaissi et anfractueux à gauche. Sur la face externe du pariétal droit, dépression de la largeur d'une pièce de cinq francs, mal limitée, avec ostéophytes sur ses bords. La dure-mère, à ce niveau adhère à la pie-mère, tantôt par un tissu cellulaire à petites aréoles, tantôt par une exsudation calleuse, et, en trois endroits différents, par des masses solides, élastiques, sèches et jaunes, s'enfonçant entre les circonvolutions dont elles sont en partie inséparables. La substance médullaire qui correspond à ces masses est injectée et incomplétement ramollie. Pas d'altération d'ailleurs au sein de la substance nerveuse; sérosité peu abondante dans les ventricules. Absence de cicatrice au pharynx et au voile du palais. Tuméfaction ferme, transparente, à la face externe de l'épiglotte. A la partie moyenne de cet opercule saillie rouge sale, et à la coupe dépôt d'une ligne d'épaisseur, solide et jaunâtre.

Le ligament ary-épiglottique est un peu œdématié, le larynx est sain. Il existe une grande quantité de liquide dans les plèvres. Les lobes inférieurs des poumons sont légèrement comprimés; ces organes sont mous, infiltrés. Le cœur est petit, pointillé de rouge; stries sanguines sur la face postérieure du ventricule gauche. Sérosité rougeâtre dans la cavité péritonéale, adhérences du foie au diaphragme à l'aide de bandes de tissu fibreux. A la surface de cet organe, nombreuses dépressions dues à un tissu calleux qui s'étend de la séreuse dans la profondeur de la substance hépatique. Granulations comme cirrhotiques, absence de dépôts gommeux. Les reins sont un peu hypertrophiés, la substance corticale est tuméfiée et d'un rouge jaunâtre; à la coupe cette substance est injectée et molle. Adhérences des organes génitaux entre eux; trompes distendues par un liquide aqueux, orifice utérin du diamètre d'une tête d'épingle au plus. Rien aux parties génitales externes. Tibias non tuméfiés. (Tungel.)

Céphalalgie intense, nausées, vomissements. — Mort. — Tumeurs gommeuses et adhérences des méninges cérébelleuses.

Un négociant âgé de 35 ans est traité depuis plusieurs années pour des récidives fréquentes de syphilis secondaire à forme légère. Se croyant rétabli, il se marie et il a un enfant bien portant. En mars 1859, il est pris de céphalalgie, de nausées et de vomissements, symptômes d'abord intermittents, plus tard continus. La céphalalgie, tolérable dans le repos, augmente considérablement par le mouvement. Les vomissements paraissent surtout quand le malade se lève. Photophobie, exaltation de l'ouïe, tressaillement au moindre bruit.

Appétit diminué, aliments rendus en totalité, affaissement du ventre,

lenteur du pouls, intelligence conservée, douleurs à la palpation du crâne, absence de convulsions et de paralysie.

Toutes les médications sont inutiles. Au commencement d'avril, le docteur Tüngel consulté pense arrêter le mal à l'aide de l'iodure de potassium; mais, le 15 avril, le malade meurt de pneumonie.

Autopsie. — Corps amaigri, dure-mère sanguinolente et tendue, cerveau ferme et turgescent, ventricules latéraux distendus par un liquide transparent, l'épendyme est épaissi. Le cervelet adhère au côté droit de la base du crâne, et, à ce même niveau, la dure-mère et la pie-mère sont réunies par une exsudation solide, transparente, ayant à son centre un noyau dur et jaunâtre. Le nerf trochléaire traverse l'exsudat, mais sa structure, pas plus que celle des autres nerfs, n'est altérée. L'artère basilaire, un peu tiraillée à droite, n'est le siége d'aucune lésion. Cerveau sain. — Rien au voile du palais.

Les poumons sont infiltrés, adhérences pleurales à droite avec hépatisation rouge, à gauche engouement. Taches laiteuses à la surface du cœur. Le lobe gauche du foie est atrophié et ratatiné; il existe à sa surface plusieurs dépressions infundibuliformes. Sur les faces supérieure et inférieure du lobe droit se rencontrent plusieurs dépôts gommeux, jaunes et irréguliers qui s'enfoncent dans la substance hépatique. La rate est molle, les reins sont injectés, mais sains d'ailleurs. La muqueuse stomacale est d'un gris verdâtre, épaissie et un peu ramollie. Cicatrice peu nette sur le gland. Pas d'engorgement ganglionnaire dans le voisinage. (TÜNGEL.)

Il nous serait facile de donner ici un plus grand nombre d'observations; mais elles ne prouveraient pas plus que les précédentes. De l'analyse des faits connus il résulte que les méningopathies syphilitiques offrent des symptômes communs qui sont une céphalée ordinairement continue, persistante, localisée en un point de la boîte crânienne, accompagnée de vertiges et d'étourdissements, des accès convulsifs analogues aux attaques d'épilepsie, et dont la liaison incontestable avec les gommes des méninges est déjà depuis longtemps connue (1).

Ces affections présentent en outre des signes particuliers subordonnés à leur siége anatomique : c'est, pour certaines portions du cerveau, l'aphasie (obs. I de Tüngel); pour le cervelet, le vomissement, l'ivresse, la photophobie ou le strabisme, quand surtout la substance cérébelleuse participe à l'altération. La contracture et la paralysie sont des symptômes relativement rares. Plus fréquemment on

(1) *Lues venerea epilepsiæ non raro parens est, gummositates et tubercula in meningibus, in ipso quoque cerebro, vel exostoses in superficie cranii interna producens.* Lazerme, *Tract. de morbis internis capitis*, p. 270.

constate un léger affaiblissement des facultés intellectuelles, des pertes subites de connaissance avec ou sans attaques convulsives (*épilepsie syphilitique*). Ces attaques sont-elles toujours l'effet d'une lésion matérielle? Aujourd'hui, je n'hésite pas à répondre par l'affirmative, car aucun fait ne prouve avec certitude le contraire. D'ailleurs, dans les cas mêmes qu'on a pu regarder comme des épilepsies réflexes, il y avait tout au moins une lésion des os du crâne qui par sa présence modifiait, à n'en pas douter, les fonctions cérébrales. Au surplus, les attaques dont il s'agit ont des caractères distincts de ceux de l'épilepsie vraie.

On les voit quelquefois manquer de certains attributs particuliers tels que l'aura, le cri épileptique, l'écume à la bouche, l'état soporeux, etc. Parfois un petit nombre de muscles ou quelques groupes seulement entrent en convulsion, et ces muscles occupent d'ordinaire la même moitié du tronc; des groupes différents peuvent être successivement atteints. Elles se développent habituellement sans cause appréciable, à un âge avancé de la vie, ainsi que l'avait déjà fait remarquer Vidus Vidius et que l'ont noté depuis la plupart des observateurs. Sur 13 observations rassemblées par mon ami le docteur Gros et par moi (1), 10 fois l'épilepsie syphilitique survint vers l'âge de 30 ans, trois fois entre 15 et 16 ans, mais il s'agit d'individus dont l'un était syphilitique dès l'âge de 7 ans et les deux autres depuis l'âge de 14 ans. Sur 43 cas réunis par Jaksch, 31 individus avaient de 30 à 40 ans, 11 de 40 à 50 et un seul 20 ans.

Ces attaques, d'une durée de 3 à 20 minutes et au delà, se sont montrées de 1 à 16 ans à partir du début de l'infection syphilitique. Dans les cas où l'autopsie a pu être faite, on trouva des lésions anatomiques variées, mais qui presque toutes intéressaient les méninges, les os ou la partie périphérique de l'encéphale, beaucoup plus rarement les parties profondes du cerveau. Un point qu'il importe de noter ici et sur lequel nous avons déjà insisté autrefois, c'est que les troubles tels que céphalée, vertiges, etc., qui précèdent le plus souvent les attaques convulsives, persistent encore dans leur intervalle (2). Parfois même il vient s'y ajouter de nouveaux désordres, comme des

(1) *Loc. cit.*, p. 85.

(2) Ce fait, déjà remarqué par Vidus Vidius et signalé par J. F. Maisonneuve (*Rech. et observ. sur l'épilepsie*) et la plupart des observateurs qui l'ont suivi, n'indique-t-il pas déjà, à lui seul, l'existence d'une lésion permanente?

paralysies des muscles de l'œil, des dérangements de la vue et de l'ouïe; plus tard, lorsque la maladie n'est pas arrêtée, des paralysies plus étendues surviennent, les facultés intellectuelles s'affaiblissent, le coma ou des convulsions prolongées amènent la mort.

Lentes dans leur développement, les affections syphilitiques des méninges ont quelquefois une marche pour ainsi dire intermittente, surtout à leur début; plus rarement continues et progressivement croissantes, elles peuvent encore durer des années, s'il ne survient aucune complication. Dans les observations que j'ai rapportées, la terminaison a été tantôt l'effet des manifestations syphilitiques, tantôt le résultat d'une maladie intercurrente (pneumonie, érysipèle, etc.). Cependant la guérison est possible, et bon nombre de faits existent dans lesquels la disparition rapide de symptômes très-analogues à ceux dont il vient d'être fait mention semble indiquer la terminaison heureuse d'une affection de ce genre. Aussi, lorsque chez un malade depuis longtemps atteint de céphalée, de vertiges, d'accès épileptiformes sans hémiplégie, on constate une guérison rapide et complète sous l'influence des mercuriaux, il est permis de croire qu'on a eu affaire à une lésion des méninges, si tant est que ce point du diagnostic soit resté douteux. C'est qu'en effet une exostose ou une périostose donne rarement lieu à ces mêmes phénomènes, et les lésions cérébrales déterminent ordinairement de la paralysie.

Diagnostic. — L'âge des malades, l'absence d'antécédents épileptiques héréditaires et ce fait que les attaques qui ont commencé pendant le cours d'une syphilis ont été suivies de troubles plus ou moins persistants, sont autant de circonstances qui peuvent servir à différencier les accès syphilitiques épileptiformes de l'épilepsie vraie. La pachyméningite et les tumeurs non syphilitiques de la dure-mère, affections qui symptomatiquement se rapprochent le plus des lésions dont il s'agit, se distinguent, l'une par l'apparition rapide et presque subite d'accidents aigus caractérisés en général par de la contracture, de la somnolence et autres phénomènes de compression, les autres par une céphalée en général peu intense et des symptômes lentement progressifs; mais, outre que ces affections ne présentent pas la filiation des accidents de la syphilis, elles sont exemptes de cette cachexie qui est le propre des individus arrivés à la période viscérale de cette maladie.

Le pronostic de ces affections n'est pas d'une gravité nécessaire, et il est facile de s'en rendre compte, puisque le plus ordinairement la

substance nerveuse n'est que peu ou pas altérée. Il y a lieu de supposer qu'une intervention un peu hâtive arriverait facilement à s'en rendre maître, et, même un peu tardive, elle pourrait encore les combattre avantageusement (1). Dans tous les cas, le pronostic est moins grave que s'il s'agissait d'une lésion de même étendue, mais de cause différente.

§ 2. — Affections de la masse encéphalique. — Encéphalopathies syphilitiques.

Plus rares que les affections du foie, plus fréquentes peut-être que celles de la plupart des autres viscères, les lésions syphilitiques de l'encéphale ne diffèrent pas, quant au fond, de ces dernières. Elles ont leur point de départ dans la substance conjonctive interstitielle, et se présentent avec les mêmes formes anatomiques.

Étude anatomique. — *Forme diffuse ou Encéphalite syphilitique.* — Les faits peu nombreux qui établissent l'existence de cette forme anatomique de la syphilis des centres nerveux, ont été généralement décrits sous le nom de ramollissement ou d'induration du cerveau.

Chez une femme épileptique et qui fut atteinte de péricrânite gommeuse, Nic. Mediavia trouva, au-dessous des parties crâniennes détruites, la substance corticale du cerveau plus dure que dans l'état naturel, puisqu'elle ne l'était pas moins que le tissu du foie. Dans le même hémisphère il y avait une cavité de la grosseur d'une petite noix, circonscrite par des parois livides et très-molles, formées par la substance médullaire, et de laquelle s'écoulait un liquide semblable à la sérosité, au milieu duquel nageaient quelques filaments. (Morgagni, *Epist.* IX, 23.)

Chez un officier atteint depuis longtemps de syphilis constitutionnelle, et qui, dans les derniers temps de sa vie, présenta des douleurs et de la roideur à la nuque, une paralysie avec engourdissement des bras et de l'emprosthotonos de la partie supérieure du corps, Virchow trouva le sinus longitudinal intact, le cerveau déprimé à sa convexité; les circonvolutions, aplaties, petites, contenaient peu de sang; la substance cérébrale, jaunâtre, très-tenace, ressemblait par sa consistance presque à du cuir; les ventricules cérébraux étaient remplis de sérosité.

Dans un fait qui nous est personnel, en même temps qu'il y avait une

(1) On trouvera des observations à l'appui de cette manière de voir dans notre travail sur les affections nerveuses syphilitiques.

consistance exagérée d'une partie de la substance cérébrale, qui paraissait avoir macéré dans l'alcool, il existait un foyer de ramollissement à l'extrémité de la corne d'Ammon du côté droit et une hydropisie ventriculaire. Le malade, âgé de 68 ans, avait eu, à 20 ans, un chancre induré, et six mois plus tard une éruption syphilitique avec alopécie. Une céphalée intense, de la somnolence, plus une hémiplégie, avec chute de la paupière supérieure droite ; tels sont les accidents qui furent très-rapidement améliorés par l'iodure de potassium ; plus tard, l'embarras et la perte de la parole, du délire et des phénomènes de compression cérébrale se manifestèrent et furent suivis de la mort (1).

Flemming a vu, dans les mêmes conditions, la substance médullaire de l'hémisphère gauche, à la limite postérieure du ventricule latéral, hypérhémiée et transformée en une masse d'un aspect lardacé. Deux fois nous avons constaté l'hypertrophie avec dégénération cireuse de la membrane épendyme dans des cas où la syphilis constitutionnelle ne paraissait pas contestable. Un fait observé par Meyer fait mention de la soudure des méninges, et, en même temps, de la transformation en une bouillie jaune, blanchâtre, de la substance corticale du cerveau ; dans la substance médullaire, au contraire, existaient plusieurs points d'induration, d'aspect transparent, ayant à leur centre un noyau dur et blanchâtre. Histologiquement ces diverses lésions sont caractérisées par la présence, au sein de la substance nerveuse, et particulièrement sur le trajet des vaisseaux, de petits noyaux arrondis (hyperplasie conjonctive); la trame ou névroglie est quelquefois épaissie et on y trouve des granulations graisseuses abondantes pour peu que le néoplasme et les éléments nerveux consécutivement lésés soient déjà en partie désorganisés. On voit qu'il s'agit dans ces différents faits d'une véritable sclérose cérébrale, laquelle ne diffère des scléroses non syphilitiques que par une plus grande tendance des éléments de tissu conjonctif à subir la transformation.

Le ramollissement cérébral est quelquefois la conséquence, sinon le premier et le dernier terme de la lésion qui nous occupe. A la syphilis, sans aucun doute, se rattache l'origine d'un certain nombre d'encéphalomalacies. Des faits dans lesquels on constate l'existence d'une induration et d'un ramollissement central paraissent conformes à cette manière de voir. Déjà nous avons signalé un cas dans lequel se ren-

(1) L. Gros et Lancereaux, *loc. cit.*, p. 242, Obs. 121.

contre cette double altération. Faurès rapporte, dans les Comptes-rendus de la Société de médecine de Toulouse (1853-1854, page 29), l'observation d'une jeune fille de 23 ans, qui arriva rapidement à la cachexie syphilitique et chez laquelle le traitement par l'iodure de potassium était à peine institué, lorsque survinrent des convulsions suivies d'hémiplégie. La mort eut lieu au bout de six semaines; le cerveau fut trouvé dur, sablé; il existait un foyer de ramollissement dans la couche optique droite. Une observation de Tüngel, que nous relaterons plus loin, peut être rapprochée de la précédente. Dans d'autres cas, le ramollissement encéphalique se produit plus rapidement encore, l'encéphalite est plus aiguë, comme l'indique une observation de Reynaud de Toulon (*Arch. gén. de méd.*), où, avec un ramollissement du corps strié, on trouva une sclérose de la moelle épinière. Peu de temps auparavant, le malade avait eu une double orchite syphilitique. Le fait suivant, où le ramollissement a pour siége la protubérance, est un nouvel exemple d'encéphalite survenue sans autre cause apparente qu'une maladie syphilitique.

Obs. XLVII. — La femme D..., âgée de 60 ans, entre à l'hôpital de la Pitié, salle du Rosaire, service de M. le docteur Marotte, le 15 décembre 1862. Bonne constitution, taille moyenne; peau sèche, jaunâtre; apparence cachectique. Des pustules d'ecthyma, disposées en cercle, et des ulcérations se voient sur la peau, au niveau de la région de l'épaule droite. Le tibia, du même côté, est le siége d'une exostose.

Interrogée sur ses antécédents, cette malade convient qu'elle a eu la maladie vénérienne. On s'aperçoit, dès son entrée, que sa physionomie est étrange et hébétée, que ses réponses ne sont pas justes ; de plus, elle est maladroite de ses membres, et souvent elle laisse tomber les objets qu'elle tient à la main ; elle ne peut coudre que difficilement, tant ses doigts sont agités de tremblement. Sous l'influence d'un traitement antisyphilitique, qui avait son indication dans l'affection cutanée, ces différents phénomènes subirent une amélioration très-notable, au point que la malade allait quitter l'hôpital, quand, à la suite de la visite des parents, le 28 décembre, elle tomba dans une sorte de coma, fut prise d'attaques convulsives qui se répétèrent plusieurs fois avant la mort, laquelle eut lieu le 31 décembre.

Autopsie. — Les pustules d'ecthyma sont en grande partie cicatrisées.

Le crâne est intact, les méninges sont saines ; quelques-unes des circonvolutions cérébrales antérieures paraissent plus fermes et un peu atrophiées; les hémisphères n'offrent rien de spécial. La protubérance annulaire est le siége d'un ramollissement qui occupe la moitié environ de sa partie supérieure et antérieure; en ce point la substance nerveuse, dimi-

nuée de consistance, tranche par son injection et sa coloration sur les parties voisines ; elle est parcourue par de nombreux vaisseaux et elle est d'une teinte rougeâtre; les tubes nerveux sont friables, brisés, granuleux, et dans leur intervalle se rencontrent des noyaux ronds ou ovoïdes très-abondants.

La membrane interne des ventricules est partout couverte de petits points saillants qui lui donnent l'aspect d'une langue de chat; elle est épaissie et renferme de nombreux corpuscules amyloïdes ; ces mêmes corpuscules se retrouvent encore dans l'une des couches optiques.

L'épendyme spinal forme au centre de la moelle un petit cylindre du volume d'une aiguille à tricoter; il est constitué par une substance conjonctive et de nombreux corpuscules amyloïdes, dont quelques-uns bleuissent par la teinture d'iode. Les faisceaux médullaires sont à leur partie supérieure plus fermes qu'à l'état normal. Les artères cérébrales sont intactes, le tronc basilaire est libre. Les autres organes sont peu altérés ; la rate est volumineuse ainsi que le corps thyroïde; le foie est gras et cicatrisé à sa surface.

Un cas assez semblable s'est récemment présenté à l'Hôtel-Dieu dans le service de notre maître, M. le professeur Grisolle, où j'ai pu l'observer avec mon collègue et ami le docteur Hémey.

A en juger par ces faits, le caractère anatomique qui distingue le ramollissement cérébral syphilitique du ramollissement cérébral par oblitération artérielle serait l'absence, dans ce dernier, de tout produit de nouvelle formation.

Il nous serait facile de rassembler ici un plus grand nombre de cas d'encéphalomalacie syphilitique. Gubian (1), dans un cas où Diday et Teissier de Lyon, avaient diagnostiqué l'existence possible d'une exostose crânienne, observe un ramollissement de la partie supérieure et antérieure de l'hémisphère droit du cerveau. Dufour (2) nous a communiqué autrefois un fait assez semblable. Mais en ce qui concerne ces observations et beaucoup d'autres où on ne tient pas compte des artères cérébrales et où l'examen microscopique fait défaut, le doute doit nécessairement exister sur la cause et la nature de la lésion encéphalique.

Notons qu'on a quelquefois observé le ramollissement cérébral dans le cours ou à la fin des accidents secondaires; Gjor et Faurès en rapportent chacun un exemple. Mais il y a lieu de se demander si la maladie n'était pas déjà arrivée à la période tertiaire. Quelques observations de Zambaco ne paraissent guère plus concluantes.

(1) *Gaz. méd. de Lyon*, 1858, p. 342.

(2) Voir Gros et Lancereaux, *loc. cit.*, p. 202 et 205.

De la discussion qui précède résulte, suivant nous, ce fait que le cerveau peut, sous l'influence de l'infection syphilitique, devenir le siége d'une altération qui, suivant son acuïté ou sa durée plus ou moins ancienne, se traduit tantôt par une induration, tantôt par un ramollissement, modifications en tout comparables histologiquement à l'hyperplasie conjonctive diffuse que nous avons observée dans d'autres organes. Dans quelques faits rares, l'encéphalite n'aurait pas été seulement partielle, elle se serait généralisée à la périphérie de l'encéphale, s'il est permis d'en juger par deux observations toutes récentes de Westphal (1).

Forme circonscrite ou gommeuse. — Niées ou admises la plupart du temps sans critique, les gommes syphilitiques de l'encéphale demandent à être mieux connues, et, pour ce motif, il importe de tracer avec soin leurs caractères anatomiques. Des observateurs distingués ont depuis longtemps singalé leur existence. Bonet, Prost rapportent déjà des cas qu'il est difficile de contester. Une observation de Bayle et Kergaradec nous montre ces tumeurs siégeant à la fois dans le cerveau et sur ses enveloppes. L'extrémité antérieure de l'hémisphère gauche est occupée par plusieurs corps de consistance cartilagineuse, à section lisse, brillante, sans apparence fibreuse à la coupe, et adhérant les uns aux autres. Le sphénoïde et l'ethmoïde sont en partie détruits; la dure-mère présente à sa surface quatre tumeurs dures, du volume d'une noix; la pie-mère et l'arachnoïde sont épaissies, indurées et injectées; il y a de plus un ramollissement de la substance nerveuse au voisinage des tumeurs cérébrales. Ward et Tacheron ont vu des faits analogues dont l'origine syphilitique est moins évidente. Gjor, Nélaton, Yvaren, ont rapporté des exemples qui, en raison de la carie ou des exostoses crâniennes concomitantes, laissent moins de doute au diagnostic. De même Gildemeester et Hoyack ont trouvé dans le lobe antérieur du cerveau un noyau tuberculiforme, consistant en une exsudation amorphe, hyaline, solide, en partie transformée en tissu conjonctif. Ludger Lallemand signale dans l'hémisphère gauche du même organe, au niveau du centre ovale de Vieussens, l'existence d'une tumeur de forme irrégulière, du volume d'une petite noix, entourée d'une enveloppe lisse, adhérente à la substance cérébrale en partie ramollie. Dans une observation que nous a communiquée au-

(1) *Allg. Zeitschrift für Psychiatrie*, XX, 5, p. 481; 1863.

trefois l'un de nos maîtres, le docteur Hérard (1), le corps strié droit est le siége de deux tumeurs qui, à la coupe, présentent deux portions distinctes, l'une corticale, dure, formant une coque résistante, d'une couleur jaune rosé, l'autre centrale et beaucoup moins dense. Pillon a lu à la Société médicale d'observation le fait de deux tumeurs dont l'une occupait la moitié gauche de la face inférieure de la protubérance annulaire, et l'autre la couche optique du même côté. Le tissu cellulaire sous-cutané contenait des gommes (2). Cette même coïncidence se retrouve encore dans une observation de Meyer, où le lobe antérieur de l'hémisphère gauche du cerveau offre dans son épaisseur une masse dure, de l'étendue d'un écu, intimement soudée à la substance corticale, et composée de nodosités blanchâtres ou jaunâtres opalines, variant depuis le volume d'un grain de millet jusqu'à celui d'un pois. La dure-mère y est le siége d'un exsudat de même nature. Dans l'une de nos observations, le dépôt syphilitique, situé dans la couche corticale de l'hémisphère et adhérent aux méninges, se trouve ramolli et confondu avec la substance cérébrale adjacente, dont les éléments constitutifs sont métamorphosés. Enfin, le cerveau d'une femme morte à l'hôpital de la Charité, dans le service du docteur Pelletan, fut présenté à la Société anatomique par Nicaise (3). Il contenait plusieurs tumeurs ayant le volume d'une noisette ; l'une d'elles avait pour siége le pédoncule cérébral droit, les autres étaient groupées au sein d'une masse fibroïde occupant la corne postérieure de l'hémisphère.

Le cervelet n'est pas exempt de cette altération. Ward (4) a trouvé dans l'hémisphère droit de cet organe une tumeur comme squirrheuse de la grosseur d'une petite noix et de consistance cartilagineuse. Wagner a constaté deux fois la présence de tumeurs gommeuses dans l'épaisseur des hémisphères cérébelleux. Toutefois, dans l'un des cas rapportés par cet observateur, l'origine syphilitique de l'altération est au moins fort douteuse ; il y a plutôt lieu de croire à un véritable tubercule.

Tels sont les différents faits à l'aide desquels on peut chercher à préciser les caractères anatomiques des gommes syphilitiques de l'en-

(1) Gros et Lancereaux, *loc. cit.*, p. 255, Obs. 136.
(2) Zambaco, *Des affect. nerveuses syphilitiques*, p. 490.
(3) Voy. Nicaise, *Bullet. de la Société anatomique*, t. I, 1863, p. 186.
(4) Ward, *Nouv. Bibl. méd.*, t. VI, p. 368.

céphale. Ces dépôts, le plus souvent multiples, occupent des points variés dans les hémisphères du cerveau, dans l'isthme de l'encéphale et dans le cervelet; ils représentent des tumeurs tantôt isolées et en général entourées d'une zone fibreuse, sorte de coque lisse et plus ou moins adhérente, tantôt groupées et réunies par une gangue fibroïde. D'un volume qui varie depuis celui d'un pois jusqu'à celui d'une noisette ou d'une noix, d'une coloration blanchâtre ou jaunâtre, ces tumeurs, de consistance ferme, chondroïde, ou molle et comme caséeuse, siégent de préférence à la périphérie de l'encéphale, principalement au niveau des lobes cérébraux antérieurs ou postérieurs.

Constitués en quelque sorte par une série de couches superposées, ces dépôts ne diffèrent pas des tumeurs gommeuses du cœur et du foie, car on y retrouve à peu près la même gangue, les mêmes éléments constitutifs. De même que ces dernières, ils présentent encore, selon Wagner, une disposition toute spéciale en vertu de laquelle noyaux et cellules se trouveraient contenus dans des alvéoles fusiformes, comprises au sein du tissu conjonctif. Dans un cas rapporté par cet auteur, quelques vaisseaux de petit volume étaient oblitérés et infiltrés par les cellules ; mais il y a lieu de se demander s'il ne s'agissait pas alors d'une lésion cancéreuse (sarcome). On est d'autant plus disposé à faire cette supposition que l'observation clinique fait entièrement défaut.

Les métamorphoses que subissent les tumeurs gommeuses des viscères abdominaux se retrouvent dans les dépôts syphilitiques de l'encéphale. Par suite de la métamorphose granulo-graisseuse à laquelle elles sont assujetties, ces productions perdent peu à peu leur consistance, elles deviennent de plus en plus molles et jaunâtres, diminuent de volume et se confondent bientôt avec la substance cérébrale, si elles n'en sont pas séparées par une enveloppe organisée et ainsi s'expliquent leurs formes variées.

L'observation suivante est destinée à montrer la marche de ce processus.

Accidents syphilitiques secondaires, il y a dix ans. — Céphalée, vertiges, amblyopie; faiblesse intellectuelle, hémiplégie subite du côté gauche. — Tubercules syphilitiques sur la face et le cou. — Rétrécissement du rectum ; iodure de potassium. — Disparition des tubercules syphilitiques. Amélioration des accidents cérébraux; plus tard, cachexie, mort. — Dépôts jaunâtres et

tumeurs gommeuses lenticulaires en grande partie métamorphosés en substance grasse.

Obs. XLVIII. — La nommée S..., âgée de 31 ans, entre à l'Hôtel-Dieu, le 30 mai 1861, salle Saint-Antoine. Les renseignements qu'on obtient alors, c'est que, il y a dix ans environ, elle a été traitée à Lourcine pour des accidents syphilitiques. Et elle a une céphalée violente qui date de deux ans; en même temps sa vue baisse et ses facultés intellectuelles déclinent. Depuis plusieurs mois, elle présente une éruption de la peau de la face et du cou; il paraîtrait de plus qu'elle aurait eu des accès épileptiformes; enfin, il y a quelques jours, elle a été frappée d'apoplexie avec hémiplégie.

État actuel. — La surface cutanée offre une teinte un peu jaunâtre ou bronzée; sur le menton et sur le cou se rencontrent des saillies papuleuses d'un rouge brunâtre disposées en forme de cercle; il existe au voisinage des oreilles des tubercules cutanés manifestement syphilitiques; l'hémiplégie porte sur le côté gauche; la jambe peut encore être mue volontairement, mais le bras reste dans une immobilité presque complète; la sensibilité est conservée, du moins en grande partie; la commissure labiale est légèrement tirée à droite; vision du côté gauche presque complétement abolie; l'œil cependant paraît sain à la simple vue. Rien d'appréciable du côté des autres organes. A 2 ou 3 centimètres de l'anus, le doigt rencontre une sorte de disque cicatriciel qu'il lui est difficile de franchir. Diarrhée passagère.

La coexistence, chez cette malade, d'une affection cutanée syphilitique et de troubles cérébraux ayant quelque chose de tout spécial dans leur évolution et leur marche, fit supposer à M. le docteur Hérard, suppléant M. le professeur Rostan, qu'il s'agissait dans ce fait d'une double et peut-être d'une triple manifestation syphilitique. En conséquence, un traitement spécifique fut institué, et peu à peu les tubercules cutanés s'effacèrent, l'hémiplégie diminua, mais sans disparaître entièrement. Le traitement (iodure de potassium, pilules de protoiodure de mercure) fut continué durant plusieurs semaines, ce qui n'empêcha pas l'apparition d'accès épileptiformes avec déviation des globes oculaires, mais toujours sans morsure de la langue. Au bout de quelques mois, le traitement spécifique, qui n'avait pu amener une guérison complète, fut abandonné. La malade continua de rester à l'hôpital. La paralysie du bras devint plus complète, le deltoïde du côté gauche s'atrophia peu à peu, et l'épaule parut s'abaisser; il survint une diarrhée d'abord légère, plus tard abondante, et, dans les derniers temps, des vomissements multipliés; la cachexie ne fit que croître, la céphalée et les vertiges reparurent, et la malade succomba le 12 mars 1862.

Crâne. — Le cerveau, comme les méninges, est pâle, non injecté; à la coupe, la substance cérébrale est décolorée; sa consistance, diminuée sur quelques points, paraît plus ferme en d'autres endroits. A l'aide d'un examen attentif, on reconnaît à la coupe de la substance cérébrale, du côté droit, des points jaunâtres autour desquels cette substance est comme déchirée et ramollie. Plaques jaunes à la surface des ventricules,

au niveau desquelles on constate la présence de petites tumeurs du volume d'un pois ou d'une lentille (pl. II, fig. 6). Ces tumeurs sont formées d'un noyau central foncé, autour duquel il est facile d'extraire avec la pince une sorte de membrane jaunâtre. Celle-ci est composée de fibres de tissu conjonctif, de corps sphériques granuleux, d'abondantes granulations graisseuses, de globules d'huile, de cristallisations de matière grasse, et aussi de quelques rares capillaires dégénérés, tandis que le noyau central ne renferme guère que des granulations, la plupart graisseuses, des globules gras, et des noyaux granuleux et déformés. La substance cérébrale, moins consistante autour des foyers jaunâtres, est manifestement altérée. Quelques-uns de ces foyers de petit volume et de coloration grisâtre contiennent une matière fibroïde. Les plaques jaunes offrent la même coloration que les foyers ; on y trouve principalement des éléments de matière grasse, des détritus de tissu conjonctif et de substance cérébrale. Cette lésion se retrouve encore à gauche, bien que l'hémisphère droit en soit plus particulièrement le siége. La substance grise des circonvolutions ne paraît pas altérée; quelques cellules cependant sont très-fortement granuleuses, et bon nombre de capillaires sont chargés de granulations graisseuses; on y reconnaît manifestement, à l'œil nu, trois couches, dont la moyenne est d'une coloration jaunâtre très-tranchée. Les os du crâne sont épais.

Thorax.— Au sommet des poumons se rencontrent plusieurs tubercules, les uns du volume d'une lentille, les autres du volume d'une noisette, tous constitués par une matière sèche, jaunâtre et grenue. Le reste des poumons est sain.

Le cœur est chargé de graisse; la consistance de ses parois est molle; les valvules et les orifices sont intacts. Quelques légères dépressions à la surface du foie. Cet organe ne contient aucune tumeur gommeuse, mais il est dans un état avancé de dégénérescence graisseuse. Les cellules propres renferment, les unes des cristaux de margarine, les autres d'abondantes granulations et des globules graisseux.

La rate n'est pas altérée. Les reins ont une coloration jaunâtre; ils sont volumineux, mous, mais non sensiblement lésés.

Le tube digestif, les yeux et beaucoup d'autres organes qu'il eût été important d'examiner, n'ont pu l'être. Le deltoïde et le nerf circonflexe, qui méritaient ici une attention toute particulière, n'ont pu être examinés à cause du peu de temps qui fut accordé à l'autopsie.

La métamorphose graisseuse ou plus rarement calcaire n'est pas toujours le dernier terme des dépôts syphilitiques de l'encéphale. Ceux-ci finissent par être résorbés totalement, mais non sans laisser des traces de leur passage. Dans ces conditions, en effet, la zone fibreuse qui circonscrivait le noyau central peut présenter la forme d'un kyste vide, de toiles ou de lames membraneuses, de cicatrices enfin en tout analogues aux cicatrices des autres organes. Plusieurs fois, chez des ma-

lades morts de syphilis, on a pris pour des kystes ces restes de produit gommeux résorbé.

Lésions d'apparence kystique et cicatrices. — Un coup d'œil rétrospectif jeté sur les faits jusqu'ici publiés permet de reconnaître que plusieurs kystes cérébraux, considérés comme de simples coïncidences, ne sont en réalité que l'enveloppe persistante d'une tumeur gommeuse. Voici les faits :

Une femme de 45 ans, atteinte de tubercules ulcérés de la peau du nez et des joues, et regardée par M. Cazenave comme syphilitique, succombe après avoir éprouvé des troubles distincts de ceux de l'hémorrhagie cérébrale. A l'autopsie, Féréol (1) constate une altération particulière des reins et la présence, au sein du lobule intraventriculaire du corps strié, d'une petite cavité pleine d'un liquide séreux, grisâtre, pouvant loger une noisette, et tapissée à l'intérieur d'une sorte de membrane très-mince.

Meyer (2) a vu dans un cas l'hémisphère droit du cerveau transformé en une cavité parcourue de nombreux cordons sous forme de réseau et dont les parois étaient constituées par une couche mince de substance cérébrale ramollie. La couche optique et le corps strié correspondants étaient atrophiés. Il y avait de plus des tumeurs gommeuses de la dure-mère cérébrale et du foie. Des accès épileptiformes, des accès maniaques, et une hémiplégie complète à gauche, tels avaient été les phénomènes observés pendant la vie. Notre observation XXX (p. 341) est un bel exemple de cette même disposition. Un autre malade, qui avait eu des vertiges, de la céphalée et des accès épileptiformes, présenta dans le corps strié gauche un kyste du volume d'une noisette, d'origine apoplectique au rapport de Meyer, mais à notre sens de cause syphilitique, car il existait en outre trois tumeurs situées au sein d'un tissu fibroïde déposé entre la dure-mère et la surface du lobe antérieur gauche, un ramollissement du corps strié droit et des gommes dans le foie. De ce fait se rapproche naturellement l'observation 158 du *Traité des maladies inflammatoires du cerveau* du docteur Calmeil. Dans ce cas, qui a trait à un malade ayant présenté antérieurement des signes non douteux de syphilis, tout l'hémisphère droit était creux et converti en une espèce de gousset considérable, il ne restait plus rien de la substance nerveuse

(1) *Bull. de la Soc. anatom.*, 1856, p. 409.
(2) *Loc. cit.*, *obs.* VI.

qui occupe ordinairement le centre des lobules antérieur, postérieur et moyen. Un vide considérable existait entre la base de ce lobe et l'espèce de calotte qui formait en haut la voûte de cette immense cavité. La couche optique et le corps strié étaient atrophiés ou réduits à l'état de proéminences informes. Des vides celluleux, des filaments nombreux, des plaques pseudo-membraneuses tendues comme des réseaux, s'attachaient çà et là sur les parois intérieures du clapier qui avait remplacé la substance cérébrale. Il est d'autres observations encore qui plaident en faveur de la doctrine que nous défendons. Un cas déjà cité de Bristowe (*Path. Transact. of London*, p. 21), fait mention d'un kyste du volume d'une noisette, siégeant à la partie antérieure du corps strié gauche. La dure-mère épaissie contient plusieurs gommes dans son épaisseur. Le crâne est perforé, des tumeurs du volume d'une noisette, d'apparence lardacée, se rencontrent dans l'épaisseur de l'os frontal. Le foie est dur, rabougri, et dans un état de dégénérescence qui lui donne l'aspect d'un tissu squirrheux jaunâtre. Sur quelques points on croit distinguer dans son intérieur des noyaux de matière encéphaloïde, et cette matière abonde dans le lobule de Spiegel. Une observation de syphilis rapportée par Wagner mentionne la présence à la partie interne et postérieure du corps strié gauche, d'une sorte de kyste séreux en forme d'éventail et du volume d'un noyau de cerise.

A côté de la disposition précédente il en est une autre qui ne diffère que par la moins grande étendue du désordre anatomique et qu'il n'importe pas moins de connaître.

Notre observation XL mentionne une dépression légère et comme cicatricielle à la surface d'une circonvolution, et plus profondément une bride ou cicatrice grisâtre, linéaire, ayant quelques millimètres en profondeur sur $0^m,02$ environ de longueur. Meyer (*loc. cit.*, *obs. VIII*) trouva, en même temps que des ostéophytes à la surface interne des os du crâne, une altération de la dure-mère, avec induration de la cloison transparente, sclérose des parties centrales, et des dépressions plus ou moins profondes dans la moitié droite du pont de Varole et dans la partie gauche de la moelle allongée. Ces dépressions d'un bleu grisâtre, véritables cicatrices, se continuaient dans la profondeur de l'organe par des prolongements irréguliers, striés, gris rougeâtres et d'aspect lardacé. Les points grisâtres étaient formés d'un tissu fin à stries longitudinales et de corpuscules graisseux. La

substance voisine était composée d'éléments nerveux détruits, de fibres nerveuses amincies et de corpuscules amylacés. Des faits analogues se retrouveraient sans aucun doute dans le riche ouvrage de Calmeil (1).

Nous bornons là cette revue, bien que nous n'ayons pas épuisé toute la série des faits où il est possible de voir la syphilis coexister avec un kyste cérébral. Remarquons que souvent cette lésion se trouve désignée par une périphrase, à cause, sans doute, de sa ressemblance assez imparfaite avec la poche séreuse connue sous le nom de kyste dans le langage anatomique.

Au résumé, les tumeurs gommeuses de l'encéphale présentent des caractères objectifs qui varient avec les phases de leur évolution pathologique; assez semblables, à une certaine période, au tubercule, aux tumeurs fibreuses ou cancéreuses (gliome, sarcome), elles offrent plus tard de l'analogie avec les kystes séreux ou hémorrhagiques anciens. Par leur faible vascularité, les néoplasmes syphilitiques se distinguent des tumeurs cancéreuses ou fibreuses; mais ils se rapprochent davantage du tubercule du cerveau, avec lequel on les a vraisemblablement plusieurs fois confondus. Le tubercule du cerveau, toutefois, n'est pas aussi nettement circonscrit par une zone fibreuse; il subit d'une façon plus uniforme la métamorphose graisseuse, il est souvent unique et entouré de granulations de même nature.

Les kystes apoplectiques ont une forme arrondie, et leurs parois sont imprégnées de la matière colorante du sang à l'état amorphe ou cristallin. Les infarctus résorbés se distinguent des cicatrices par l'altération concomitante des artères.

Étude symptomatique. — Les symptômes propres aux lésions syphilitiques de l'encéphale peuvent se grouper sous plusieurs chefs qui ne sont pas sans rapport avec les lésions anatomiques précédemment étudiées. Un premier groupe, qui semble répondre d'une façon plus particulière aux encéphalites partielles, est constitué par des troubles du mouvement, plus rarement par des désordres de l'intelligence et de la sensibilité. Dans ces conditions, les individus, après avoir éprouvé une céphalée plus ou moins vive, sont en général frappés de paralysie. Celle-ci revêt le plus souvent la forme hémiplégique ; mais quelquefois elle reste limitée à un membre, à un seul groupe de muscles, à ceux de l'œil en particulier. Le début parfois

(1) *Traité des malad. inflamm. du cerveau*, t. II, chap. VI, p. 231, obs. CXLI, etc.

est brusque, surtout avec la forme hémiplégique. Le plus souvent progressive et incomplète, cette paralysie est dans certains cas accompagnée de contracture ou d'une simple roideur. Les muscles ne s'atrophient généralement pas, ce qu'il est facile de comprendre, puisque les centres sont ici le siége habituel de la lésion. Les convulsions sont rares en pareil cas, à moins de tumeurs gommeuses surajoutées à l'encéphalite ou au ramollissement, comme dans les faits rapportés par Faurès et Tacheron.

Dans un second groupe se rangent des désordres beaucoup plus rares, intéressant tout particulièrement l'intelligence, et que caractérisent l'embarras de la parole, l'hébétude, la diminution et la perte graduelle de la mémoire. Liés d'ordinaire à une lésion de la périphérie de l'encéphale, ces désordres revêtent, des caractères voisins de ceux de la paralysie générale et de la démence paralytique. Deux faits rapportés par Westphal (1) rentrent dans ce second groupe. L'un de ces faits est relatif à un homme âgé de 33 ans, qui avait depuis longtemps une céphalée persistante avec dilatation de la pupille droite, proéminence de l'œil, ptosis de la paupière droite, attaques convulsives avec perte de connaissance. Ce malade, dont la mémoire s'affaiblissait peu à peu, ne trouvait plus le mot convenable, il balbutiait, sa marche était vacillante, les évacuations étaient involontaires; l'iode fut sans effet. Plus tard, stupidité, eschares au siége et mort. Le lobe frontal gauche présentait une cicatrice à fond grisâtre, à bords saillants; au même niveau la face interne de l'os était couverte d'ostéophytes. La dure-mère adhérait, vers la scissure de Sylvius, à des noyaux gommeux pénétrant jusque dans la substance cérébrale; le corps strié droit offrait à la coupe plusieurs foyers de ramollissement, le gauche était simplement injecté; le pont de Varole était peu consistant, la pie-mère était épaissie autour du chiasma, le nerf oculo-moteur droit se trouvait transformé en un corps compacte, et autour du trijumeau existait une masse gommeuse grisâtre. Les autres nerfs étaient exempts de toute altération.

Le cas suivant a, pour ainsi dire, successivement présenté les deux variétés symptomatiques en question.

(1) *Ueber Syphilis des Gehirns, Allgem. Zeitschrift für Psychiatrie*, XX, 5 et 6, p. 481; 1863.

Névralgies syphilitiques anciennes. — Hémiplégie récente à droite, puis à gauche. — Céphalée, insomnie; pleurs fréquents avec convulsions du visage; paralysie des sphincters. — Iodure de potassium, amélioration; plus tard, phénomènes de paralysie générale; cachexie.— Mort. — Autopsie. — Hypertrophie des os du crâne, foyers jaunâtres constitués en grande partie par des éléments graisseux; lésions rénales.

Obs. XLIX. — La femme G..., âgée de 45 ans, entre à la Pitié, le 24 juillet 1860. Cette malade nie tout antécédent syphilitique, et raconte qu'il y a dix ans elle fut atteinte de douleurs violentes dans le côté droit du corps et plus particulièrement dans la jambe droite. Ces douleurs, qui semblaient suivre les trajets des nerfs sciatique et crural, n'étaient pas continues; elles se faisaient sentir quelquefois le jour, mais souvent la nuit, en même temps qu'une douleur violente à la base du crâne; il y avait de l'insomnie. Cet état dura environ cinq ans. Pendant ce temps la malade fut traitée par plusieurs médecins qui épuisèrent les moyens généralement employés contre les névralgies. Valleix, qui lui fit sur les cuisses des cautérisations profondes dont on peut encore voir les traces, la montrait comme un curieux exemple de névralgie rebelle. M. Marotte, dans le service duquel elle se trouva placée plus tard, fut conduit à recourir à l'emploi de l'iodure de potassium. La malade n'en avait pas pris depuis plus de huit jours que les douleurs avaient disparu, que le sommeil était revenu, au point qu'elle dormait presque constamment, même durant les visites des médecins et des étrangers. Le traitement ne put être continué plus longtemps; la malade voulut quitter l'hôpital; mais depuis lors de nouvelles douleurs reparurent presque tous les mois, et cédèrent toujours rapidement à l'usage de l'iodure de potassium : au dire de la malade, ces douleurs disparaissaient quelquefois dès le lendemain de l'emploi du médicament.

État actuel. — 31 juillet. — Maigreur, peau sèche, écailleuse; embarras de la parole datant de la fin de janvier; stupidité du visage, pleurs faciles, mémoire faible, intelligence encore nette; faiblesse musculaire dans le côté droit, les membres ont de la peine à être soulevés et à exécuter leurs mouvements habituels. La sensibilité est conservée; céphalalgie, insomnie, étourdissements, vertiges, intégrité de chacun des sens. Iodure de potassium, 1 gramme 50 centigrammes.

Le médicament est continué pendant huit jours, et les accidents disparaissent en grande partie; une diarrhée abondante étant survenue, on se trouve dans la nécessité de le cesser. — Trois semaines plus tard survient en quelques jours une hémiplégie complète du côté gauche. Les sphincters se paralysent, les pleurs deviennent presque continuels. La malade répond à peine aux questions; à chaque parole qu'on lui adresse, elle se met à pleurer en jetant des cris et en faisant des contorsions caractéristiques bien propres à faire supposer un ramollissement cérébral. Elle accuse une douleur intense avec exacerbation nocturne, localisée à la partie postérieure droite de la tête; de l'insomnie, des vertiges, de la faiblesse. Pres-

que toujours étendue sur le dos, sans force et sans volonté, elle présente tous les caractères d'un état cachectique avancé.

Le 8 septembre, on essaye de donner 30 grammes de sirop d'iodure de fer, et sous l'influence de ce médicament, continué pendant cinq jours, la malade se trouve mieux, la diarrhée disparaît.

Le 15, l'iodure de potassium est repris à la dose de 1 gramme; quelques jours plus tard, on porte la dose à 1,50, puis à 2, à 3 grammes, avec 15 grammes de sirop de morphine. La malade peut le supporter, l'appétit revient, et bientôt les accidents de paralysie diminuent.

Le 25, le bras est soulevé au niveau de la tête, la jambe se meut avec plus de facilité; la tendance à pleurer n'existe plus; la douleur de tête, l'insomnie, les vertiges ont presque entièrement disparu; l'amélioration continue les jours suivants.

Le 1er octobre, le médicament est donné à la dose de 1 gramme, puis supprimé le 10. A cette époque la malade conserve une faiblesse générale, un peu plus prononcée toutefois du côté gauche; néanmoins elle peut se lever et marcher dans la salle, non pas, il est vrai, sans faire quelques chutes. Quelques jours plus tard, perte de connaissance. Vers le 8 octobre, elle accuse de nouveau une céphalée occipitale, des étourdissements, des vertiges, de l'insomnie; la tendance aux pleurs reparaît. Le 20, on reprend l'iodure de potassium à la dose de 1 gramme. Le 30, il y a un mieux déjà appréciable. Le médicament n'est plus continué à partir du mois de janvier, et bientôt reparaissent la faiblesse des membres, la céphalée.—La malade passe à la Salpêtrière. Durant son séjour dans cet hospice, elle est placée parmi les incurables et ne reçoit plus aucun soin médical. — La faiblesse musculaire augmente, principalement aux membres inférieurs, qui se paralysent presque entièrement; les matières fécales et les urines ne sont plus retenues; la sensibilité devient obtuse, la moindre motion provoque le rire ou les pleurs; il y a souvent de la céphalalgie; la mémoire se perd en grande partie, la parole s'embarrasse. Toutefois, les facultés intellectuelles permettent à la malade de connaître jusqu'au moment de la mort les personnes qui l'environnent. — La cachexie se prononce de plus en plus; la peau est jaunâtre et terreuse; il survient de l'œdème et une diarrhée abondante qui, en même temps qu'une fâcheuse habitude depuis longtemps contractée par cette malade, contribue à amener la mort. Celle-ci a lieu le 18 septembre 1861.

Autopsie. — Trente-six heures après la mort. — Température moyenne. Coloration verdâtre des parois abdominales et d'une partie du tronc, absence de roideur cadavérique; les membres inférieurs sont très-fortement œdématiés; auc traceune de cicatrice sur le corps, sillons longitudinaux très-marqués sur les ongles.

Tête.— Les cheveux sont abondants, le cuir chevelu se décolle facilement; la commissure labiale est légèrement déviée; les os du crâne sont hypertrophiés, leur épaisseur est plus que doublée; ils éclatent sous le marteau, mais il faut que la force qui tend à les briser soit considérable. Une sé-

rosité limpide et abondante s'écoule aussitôt après l'enlèvement du crâne; les vaisseaux veineux des méninges sont dilatés et gorgés de sang noir. Quelques plaques laiteuses de peu d'étendue se remarquent à la surface de l'arachnoïde du côté gauche; la dure-mère du côté droit est piquetée de sang et tapissée dans une petite étendue d'une néo-membrane très-mince et transparente. La substance cérébrale est partout plus molle qu'à l'état normal; la substance corticale est un peu jaunâtre. Les ventricules latéraux sont dilatés et renferment un liquide trouble; ce même liquide se retrouve dans le ventricule de la cloison. Le quatrième ventricule est relativement moins dilaté que les précédents; absence de granulations à la face inférieure de ce ventricule, dépôt plasmatique jaunâtre au niveau de la fente cérébrale de Bichat, derrière la glande pinéale; adhérence de la lyre à l'isthme de l'encéphale. La substance grise du cerveau paraît intacte à part la coloration. Le cerveau est coupé par tranches minces à l'aide de sections horizontales, et l'on remarque plus particulièrement dans la substance blanche, à une faible distance de la substance grise, des taches, ou mieux des foyers jaunâtres ayant environ $0^{m},01$ d'étendue, constitués par de nombreuses granulations pour la plupart graisseuses, des noyaux et des cellules granuleuses, et une matière amorphe et grenue; ces foyers sont distribués également dans les deux hémisphères cérébraux. A la surface du corps strié droit existe une plaque jaune ayant $0^{m},02$ environ de diamètre, légèrement saillante; ramollie à ce niveau, la substance cérébrale forme une sorte de magma blanc-jaunâtre. A la section du corps strié et de la couche optique du même côté, on aperçoit par places une coloration d'un jaune verdâtre. Le corps strié du côté opposé est le siége d'un foyer d'une étendue moindre que celle des foyers jaunes, mais, comme ces derniers, à peu près uniquement constitué par des granulations moléculaires et graisseuses abondantes et aussi par des globules granuleux; nulle part il n'existe de traces d'hématine. En plusieurs endroits de la substance grise et de la substance blanche, on rencontre des amas de granules graisseux. C'est principalement sur le trajet des vaisseaux que ces granulations sont nombreuses. Coloration jaune et diminution de consistance de quelques circonvolutions cérébelleuses. Corps pituitaire volumineux, ferme, jaunâtre; absence d'altération à l'origine des nerfs crâniens. Sérosité abondante dans le rachis; la moelle n'est pas examinée; quelques vertèbres lombaires sont le siége d'hyperostoses.

Thorax. — Liquide trouble dans les plèvres; adhérences membraneuses des poumons à la paroi thoracique. Sommets sains; induration de quelques lobules à la base du poumon droit (partie antérieure), et dilatation des bronches correspondantes. On trouve à ce niveau du tissu fibreux et des éléments plasmatiques.

Le cœur est mou, et graisseux.

Abdomen. — Foie d'un petit volume, légèrement granuleux à sa surface; taches laiteuses au niveau de la capsule de Glisson, sillons cicatriciels mul-

tiples à la surface de cet organe. Peu nombreuses sur le lobe droit, si ce n'est vers son bord inférieur, les cicatrices sont beaucoup plus abondantes sur le petit lobe et surtout au voisinage du ligament suspenseur; elles ont une direction horizontale ou verticale; elles forment des sillons plus ou moins profonds, dont les lèvres sont ordinairement réunies à l'aide de tractus celluleux. Le parenchyme hépatique résiste légèrement à la coupe, il crie sous le scalpel; le tissu fibreux y paraît plus abondant qu'à l'état normal; un grand nombre de cellules hépatiques renferment des granulations graisseuses.

La rate crie sous le scalpel; elle est volumineuse, ferme, résistante. Les ganglions prévertébraux sont pour la plupart augmentés de volume; à la coupe, ils offrent une coloration blanchâtre, une consistance médullaire. Le corps thyroïde est hypertrophié.

Les reins sont volumineux; la tunique fibreuse est opaque et difficile à décoller. La surface extérieure de ces organes est granuleuse, ou plutôt parsemée d'un grand nombre de petites dépressions qui la rendent fort irrégulière. A la coupe la substance corticale offre une coloration jaunâtre prononcée; la substance tubuleuse est brunâtre. Les corpuscules de Malpighi sont les uns volumineux, les autres plus petits et circonscrits par la trame conjonctive épaissie; à l'intérieur des canalicules il existe de nombreuses granulations et des cellules épithéliales détruites.

La muqueuse vésicale est brunâtre, épaissie; les trompes adhèrent à l'utérus. Les ovaires sont atrophiés, fibreux; leur tunique est blanchâtre, épaisse et résistante. Estomac et intestins sains.

Les veines des membres, les sinus cérébraux et l'artère pulmonaire sont libres. L'aorte est le siége de quelques plaques jaunes au niveau de sa courbure supérieure; l'artère carotide interne gauche est en partie oblitérée au niveau du sinus caverneux, par une membrane qui se termine en pointe et adhère intimement à la paroi de ce vaisseau. Cette membrane, constituée par des noyaux et des cellules de tissu conjonctif plus ou moins altérées, offre sur quelques points une coloration rouillée qui tient à la présence de nombreux grains d'hématine et à des cristaux d'hématoïdine. La paroi de l'artère n'est pas athéromateuse en ce point. Dans la carotide droite existe un coagulum qui, adhérent à ses deux extrémités, n'obstrue qu'une faible portion de la lumière du vaisseau; il est composé de fibrine, de noyaux et de cellules de tissu conjonctif.

La paralysie générale et la démence paralytique sont ainsi, dans certains cas, des formes symptomatiques indubitablement liées à la syphilis. Aux faits que nous venons de citer il est possible d'en ajouter plusieurs autres, bien que, dans l'espèce, les formes dont il s'agit soient relativement rares. Un malade observé par Rauch de Grætz (1) se plai-

(1) Cité par Lagneau fils *loc. cit.*, et Ladreit de Lacharrière. Thèse de Paris, 1861, p. 56.

gnit d'abord d'une céphalalgie continue; il devint oublieux, paresseux, inattentif à son commerce, niais, puis il tomba en enfance et dans l'idiotie la plus complète ; l'ouïe et la vue, d'abord troubles, finirent par être abolies. Les extrémités inférieures, la vessie, le rectum se paralysèrent, et il survint enfin du coma. Cet état, qui avait commencé depuis plus de six mois, céda complétement à l'emploi des onctions mercurielles et de l'iodure de potassium pris à l'intérieur. Un malade traité par Read de Dublin (1) ne pouvait se soutenir sur les pieds; l'articulation des mots était très-imparfaite, l'arrangement des idées très-défectueux ainsi que la mémoire, la vision des deux côtés considérablement altérée, et tout ce cortége symptomatique céda après trois semaines de l'usage des frictions mercurielles sur le cuir chevelu rasé. Hughes Thompson de Glascow(2) a également vu un cas de paralysie qui se généralisa peu à peu et qui fut rapidement combattu par l'iodure de potassium. Des faits analogues ont été cités par Cirillo, Delpech, Sandras, etc. (3). L'observation première du mémoire de Goodwin (4) mérite d'être rapprochée de celles qui précèdent, comme aussi un fait intéressant consigné dans le livre de Zambaco (5), et dans lequel l'autopsie révéla l'existence d'un ramollissement périphérique et d'une tumeur qui n'était vraisemblablement qu'une gomme.

Gailleton rapporte des faits qui trouvent ici leur place. Un homme contracte la syphilis ; à deux reprises différentes il est atteint d'accidents constitutionnels ; deux ans plus tard, il présente une paralysie double de l'élévateur des paupières, de la diplopie, de l'amblyopie, et cet homme autrefois intelligent devient à peu près idiot, il répond à peine, sa parole est embarrassée, sa marche est vacillante; il guérit par l'iodure de potassium.

Une femme de 34 ans, après avoir eu, à deux reprises, des accidents secondaires, éprouve une céphalée nocturne des plus violentes. Altération progressive de l'intelligence, mélancolie, conceptions déli-

(1) *The Dublin quarterly Journ. of medicine*, février 1852.

(2) *Journ. des Connaiss. méd.* de Caffe, 20 oct. 1857, p. 17, d'après *The Lancet.*

(3) Voy. ces observations dans les divers ouvrages de Lagneau fils, de Ladreit de Lacharrière, de Gros et Lancereaux.

(4) Voici le titre de cette observation : *Syphilitic Affection of brain; impairment of memory and mental power; attacks of great exhaustion, slight paralysis, The Lancet,* 19 July 1862.

(5) *Loc. cit.*, obs. LV, p. 331.

Comparez Arthaud, *Gaz. méd. de Lyon*, 1858, p. 347.

rantes. Ces symptômes, peu marqués dans le jour, ont leur maximum d'intensité dans la nuit. Avec les douleurs de tête ils cèdent rapidement à l'emploi de l'iodure de potassium (1).

Leidesdorf (2) a rencontré, enfin, chez des sujets syphilitiques, deux cas de démence qui ont été, l'un très-notablement amélioré, l'autre rapidement guéri par l'iodure de potassium.

Il serait facile de rappeler ici d'autres cas de démence ou même de manie également rattachés à la syphilis. Mais ces cas ne présentent pas un cachet de certitude suffisant. Le professeur Griesinger (3) pourtant accorde que les désordres intellectuels liés à la syphilis se présentent sous des formes variables depuis la manie la plus violente jusqu'à l'idiotisme le plus profond. Tout récemment, le docteur P. Berthier (4), médecin aliéniste des plus distingués, a cherché à rapporter à la syphilis plusieurs formes de folie, telles que certaines variétés de délire, de manie, etc. ; mais les faits très-incomplets sur lesquels il s'appuie sont loin de paraître concluants. Au résumé, certaines lésions syphilitiques de l'encéphale peuvent produire un ensemble symptomatique ayant de grandes ressemblances avec les états morbides connus sous le nom de paralysie générale et de démence paralytique; peut-être aussi faut-il admettre une manie syphilitique. En tout cas, il importe de ne pas oublier que la marche et l'évolution de ces manifestations sont tout à fait particulières et différentes de ce que l'on observe lorsque la syphilis n'est pas en cause.

A côté des désordres toujours liés à une lésion matérielle, signalons un trouble moral qui paraît se rattacher de préférence à la modification générale de l'organisme. Quelquefois, chez les syphilitiques, le moral subit un changement très-notable, comparable, jusqu'à un certain point, à un dérangement analogue que l'on rencontre dans d'autres conditions morbides, chez les goutteux par exemple. La tristesse et la frayeur constituent le fond du caractère des individus ainsi affectés; ce qu'ils craignent et redoutent surtout,

(1) Gailleton, *Sur trois cas de syphilis constitutionnelle compliqués de symptômes nerveux* (*Gaz. méd. de Lyon*, 16 octobre 1864).

(2) *Contribution à la syphilis cérébrale dans ses rapports avec l'aliénation mentale* (*Medizinische Jahrbücher*, 1864, 4e livr.).

(3) *Archiv der Heilkunde*, 1863, p. 471.

(4) *Du délire lié à la goutte, au rhumatisme, à la syphilis et aux dartres*, dans *Union médicale de la Gironde*, mai 1865, p. 211.

ce sont les manifestations de la maladie dont ils sont atteints ; aussi a-t-on pu dire qu'ils étaient frappés de syphilophobie.

Cet état a été remarqué et étudié par plusieurs observateurs ; mais Bru en a tracé le tableau le plus exact bien qu'un peu exagéré. « Il se présente dans les hôpitaux, dit ce médecin, beaucoup de malades affectés de la manie vérolique. Il faut les satisfaire en leur faisant éprouver un léger traitement, mais avec un grand apparat de formes, afin de tranquilliser leur esprit. ..... La manie vérolique a plusieurs degrés ; quelques maniaques le sont avec fureur ; ils sont en général très-alarmés sur leur état ; quelques-uns sont moins effrayés ; d'autres enfin, avec la certitude d'avoir le mal, ne s'inquiètent point des suites, parce qu'ils pensent qu'une fois l'acquisition faite on ne s'en délivre jamais, quelque traitement qu'on lui oppose..... J'ai connu plusieurs hommes affectés de cette maladie morale, qui croyaient avoir toutes les maladies qu'ils trouvaient dans les livres, et que rien n'en pouvait désabuser : un éblouissement, un tintement d'oreilles, la plus petite douleur, le plus léger mal de tête étaient des signes non suspects de vérole (1). »

Telles sont les affections du second groupe. Dans un troisième cadre rentrerait enfin une série de symptômes se rattachant plus spécialement à la présence des produits gommeux au sein de l'encéphale. Une céphalée plus ou moins violente et persistante, des étourdissements, des vertiges, des pertes subites de connaissance ou des attaques analogues aux attaques apoplectiques, quelquefois de la somnolence ou un simple assoupissement, du délire ou du coma, voilà les principaux symptômes observés, suivant que la tumeur agit à la façon d'un corps irritant ou que par son volume elle comprime les hémisphères. Un caractère propre à ces différents symptômes, c'est une mobilité et une fugacité qui ne se rencontrent pas dans toute autre circonstance. Les convulsions cloniques ou accès épileptiformes s'observent fréquemment alors ; la contracture est un phénomène plus rare.

Parmi les formes convulsives, il est bon de noter la chorée, qui occupait toute une moitié du corps, dans un fait de Costhiles et dans un autre que j'ai pu observer à l'Hôtel-Dieu, service de Legroux (2). Dans ce dernier cas, l'hémichorée succéda à une hémiplégie traitée depuis quelques jours par le calomel. D'autres fois on n'observe qu'un

(1) *Méthode nouvelle de traiter les malad. vénér.*, t. II. Paris, 1789.

(2) Voy. Gros et Lancereaux, obs. LIX et CLIX.

simple tremblement, ainsi qu'il a été noté deux fois par Schutzenberger. Enfin, chez quelques malades, le seul symptôme appréciable était une tendance à exécuter des mouvements giratoires ou de manége, comme l'a vu Neumann dans un cas (1), ou encore l'impossibilité de marcher en ligne droite, ainsi qu'on en trouve des exemples dans l'excellent ouvrage de Lagneau, et que semble l'indiquer le fait suivant :

Syphilide tuberculeuse et gommeuse. Désordres cérébraux multiples.

Obs. L.— Le nommé B.... âgé de 39 ans, entre à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. le professeur Grisolle, le 21 juin 1862. D'une force moyenne, d'une bonne constitution, il n'a jamais fait de maladie sérieuse, et il prétend n'avoir jamais eu aucune affection vénérienne, aucune lésion aux parties génitales. C'est à l'usage de la pipe qu'il attribue les accidents qui l'amènent à l'hôpital. Il y a deux ans, il eut un mal de gorge sur la nature duquel il lui est difficile de se prononcer. Depuis trois mois, il est atteint d'une éruption qui existe encore et qui se présente sous forme de boutons ou de tubercules groupés en cercle, d'une coloration cuivrée et occupant d'une façon assez symétrique les parties postérieures des cuisses, les parties antérieures des aines, et les régions des reins. Cette éruption se retrouve sur les bras, dans le creux poplité et sur le gland. A la face postérieure des deux avant-bras, à 0m,02 environ de l'olécrane, on constate la présence de deux tumeurs arrondies, assez fermes et mobiles, du volume d'une petite noisette. Légère exostose de la clavicule gauche. Tibias intacts. Depuis environ six semaines, vertiges, étourdissements, céphalée intense, insomnie opiniâtre; puis, tout à coup, accès vertigineux plus violents, suivis de perte de connaissance sans convulsions. Ces mêmes accidents se reproduisirent, une saignée fut pratiquée; puis il survint une hémiplégie du côté gauche. Le malade se décida alors à entrer à l'hôpital. La paralysie, fort incomplète, n'empêche pas la marche; mais le malade fait remarquer qu'en marchant il se dirige toujours malgré lui vers la gauche. Il a pu se rendre à pied à l'hôpital, obligé, dit-il, de prendre le trottoir de gauche, le seul sur lequel il puisse rester. Bien que la bouche paraisse légèrement déviée, l'hémiplégie de la face est cependant fort douteuse. La parole, depuis la dernière attaque, est embarrassée, la mémoire peu fidèle, l'intelligence obtuse, la physionomie hébétée. Absence de fièvre. Les battements du cœur sont sourds et irréguliers ; matité précordiale étendue ; le foie paraît sain. Teinte jaunâtre de la peau. Le diagnostic de l'affection cutanée ne pouvant être mis en doute, malgré les dénégations du malade, il y avait lieu de croire que les troubles cérébraux dépendaient d'une lésion ayant même origine ; ce fut l'avis d'un grand nombre de médecins et de M. Grisolle en particulier, qui institua un traitement spécifique (iodure de potassium, pilules de Dupuytren).

(1) Neumann, in *Wien med. Halle*, IV, 2, 3, 1863, et *Schmidt's Jahresb.*, t. 119, p. 166.

Au bout de quelques jours, l'embarras de la parole diminua, avec la céphalée, les vertiges et la paralysie gauche; mais en même temps le bras droit se paralysa. Le traitement fut continué.

Le 27, le malade se soutient mieux du côté gauche; mais il marche en fauchant de la jambe droite, qui est plus faible. La dose de l'iodure de potassium est portée à 3 grammes.

Le 28, les tumeurs gommeuses des avant-bras sont en voie de résorption, l'éruption pâlit et s'affaisse; le même traitement est continué. La syphilide disparaît peu à peu sans laisser la moindre trace, les tumeurs des avant-bras cèdent également, l'exostose décroît. Plus tard on voit diminuer les accidents cérébraux, et ils avaient presque totalement disparu, quand le malade demanda sa sortie le 11 juillet suivant.

Nous avons essayé de faire connaître les nombreux troubles qui correspondent aux lésions syphilitiques de l'encéphale; cependant ce serait une erreur que de croire trouver, dans tous les cas, l'un ou l'autre des groupes symptomatiques ci-dessus établis. De même qu'il est fréquent d'observer la coexistence des différentes lésions dont il a été parlé; de même il n'est pas rare de rencontrer simultanément les divers désordres ci-dessus énumérés : l'observation qui suit en est un exemple trop important pour être passé sous silence.

Infection syphilitique. — Exostose. — Convulsions cloniques, céphalée, mélancolie, hémiplégie gauche, insomnie, accès d'épilepsie, délire et coma. — Adhérence de la dure-mère au cerveau. Induration diffuse et ramollissement de la substance cérébrale.

Un négociant, âgé de 46 ans, de vie sobre, eut une fièvre gastrique dans le courant du mois de mars de l'année 1859, et, pendant sa convalescence, il fut pris d'une attaque de convulsions cloniques, tout en conservant l'intégrité de sa connaissance. Ces convulsions, qui commencèrent par les muscles de la langue, passèrent ensuite aux muscles de la mâchoire inférieure et de l'œil gauche. Du 13 mars au 10 juin, ce malade compta onze attaques un peu plus faibles que la première et qui se distinguèrent par une rotation de la tête à gauche. Le 10 juin, il y eut une convulsion de la jambe gauche; le malade tomba, mais sans perdre connaissance. Dans l'intervalle, il existait un léger tremblement de la plupart des muscles de la face et en même temps des douleurs térébrantes presque continues de la tête, au niveau surtout de l'os pariétal droit. Le sommeil était mauvais, le caractère exalté ou déprimé. C'est dans ces conditions que ce malade entra à l'hôpital, présentant l'ensemble symptomatique propre à la pachyméningite chronique. On apprit que deux ans auparavant il avait eu une tuméfaction douloureuse de l'olécrane droit, dont il restait encore une tumeur osseuse assez considérable. Il avoua avoir contracté la maladie syphilitique

depuis plusieurs années. Les organes digestifs se trouvant dans un bon état, on eut recours aux onctions avec la pommade mercurielle. Quelques jours après, exacerbation des douleurs de tête, pour lesquelles on prescrit une émission sanguine locale. Chaque jour on faisait usage de 1gr,10 d'onguent napolitain sans provoquer de salivation ; mais au bout de trois semaines, il survint de l'anorexie et des nausées.

La médication est momentanément interrompue et reprise quelques semaines plus tard ; mais, les troubles gastriques ayant reparu, on la cessa définitivement. On constata alors une amélioration notable, la disparition de la céphalée, du tremblement et des convulsions. Le malade, toujours pusillanime, craintif, n'avait encore que peu de sommeil. Il se disposait à partir pour Wiesbaden, quand il fut pris d'une angoisse subite et refusa de faire le voyage. A partir de ce moment, l'anxiété revint, la dépression mélancolique persista. Les maux de tête et les convulsions faisaient toujours défaut; mais de temps à autre les muscles de la face étaient pris de tremblement, il y avait parfois de l'anxiété précordiale.

Vers la fin du mois de novembre, l'état s'aggrave; faiblesse, insomnie. Le 6 décembre, les douleurs de tête reparaissent aux mêmes points, survient quelques heures plus tard une perte de connaissance passagère qui est suivie d'une paralysie de tout le côté gauche. Cette paralysie s'améliore bientôt, mais ne disparaît pas entièrement; le malade devient pleurnicheur, il a de la céphalalgie, un tremblement plus prononcé des muscles de la face; on lui administre l'iodure de potassium et on applique un cautère à la nuque, mais sans succès.

En 1860, attaques épileptiques avec perte complète de connaissance, l'hémiplégie persiste, et parfois il s'y ajoute des convulsions ; l'intelligence, intacte, se fatigue vite. Le calcul est devenu presque impossible depuis la première attaque. Tel est l'état pendant l'hiver et l'été de 1860.

En janvier 1861, se développe un érysipèle qui a pour point de départ le cautère, et qui, après avoir envahi toute la tête, finit par gagner le tronc. En février, cet érysipèle cesse, mais la peau qui recouvre le sacrum et l'olécrane gauche se gangrène; les parties qui ont été le siége de l'érysipèle restent œdématiées ; maigreur excessive, délire, toux forte, sans lésion appréciable dans la poitrine. Le 2 mars, coma subit et mort dans l'après-midi.

Autopsie.— L'os pariétal droit est, à sa surface interne, dans une étendue d'une pièce de deux francs, spongieux, vasculaire, et en ce même point la surface externe de la dure-mère est couverte d'une fausse membrane villeuse. La dure mère adhère, dans l'étendue d'une pièce de cinq francs, avec la pie-mère et la couche corticale du cerveau. La masse qui produit cette union est, vers sa partie moyenne, solide, consistante, sèche et élastique; elle s'enfonce entre les circonvolutions, où elle forme trois excroissances conoïdes. Ces excroissances sont en partie indurées et jaunâtres, en partie transformées en une bouillie granuleuse. La substance médullaire du voisinage, qui est très-dure, envoie des prolongements calleux jusqu'au centre

ovale, elle contient une petite tumeur ferme du volume d'un noyau de prune, grisâtre à la périphérie, sèche et jaune au centre. La substance médullaire de l'hémisphère droit, d'une couleur jaune-citron, en apparence ramollie mais en réalité plus ferme, est traversée par un tissu calleux; on trouve quelques points plus mous au niveau de cette altération, qui occupe surtout les deux côtés de la fosse de Sylvius. Il existe une petite quantité de liquide dans les ventricules latéraux, dont l'épendyme est épaissi.

Foie de petit volume, atrophié principalement au niveau du lobe gauche. Dans le voisinage du ligament rond existe un tissu cellulaire calleux sans noyaux jaunes. La rate est molle. Les autres organes n'offrent pas de changement appréciable. Ulcération de la peau qui recouvre l'olécrane. (Tüngel).

Dans cette observation se rencontrent les principaux désordres ci-dessus signalés. La coexistence de ces désordres, l'alliance de la paralysie avec les convulsions ou la contracture, une céphalée plus ou moins vive, sont des circonstances qui, même en dehors de toute espèce de symptômes concomitants, peuvent mettre sur la voie de la syphilis, car on ne les observe pas habituellement dans d'autres maladies. La céphalée, l'insomnie, la faiblesse de la mémoire, la paralysie de quelques-uns des nerfs moteurs de l'œil, le strabisme avec troubles de la vue sont des symptômes fréquents en pareil cas, et le plus souvent accompagnés d'un état plus ou moins marqué de cachexie.

La sensibilité cutanée peut être exagérée, ou diminuée; mais néanmoins, les dérangements qu'elle présente sont rares, en sorte que leur absence habituelle peut quelquefois servir au diagnostic. En somme, si les désordres symptomatiques qui correspondent aux lésions syphilitiques du cerveau sont nombreux et variés, cela tient en partie à l'étendue et en partie au siége de ces lésions. A ce dernier point de vue il convient de signaler encore un symptôme assez peu commun : c'est l'*aphasie*, autrement dit la perte de la mémoire des mots. Ce phénomène que nous avons noté dans un seul cas, le professeur Schutzenberger (1) et Melchior Robert (2) ont également eu l'occasion de l'observer chacun une fois. L'observation ultérieure permettra sans doute de le constater plus fréquemment.

Lorsque le cervelet est le siége plus spécial de la localisation anatomique, les manifestations symptomatiques les plus communes sont des nausées, des vomissements, l'ivresse des mouvements, la titu-

(1) *Gaz. méd. de Strasbourg*, 1850, p. 200.
(2) *Traité des maladies vénériennes*. Paris, 1853, p. 385.

bation dans la marche (1), des spasmes dans les muscles de la face ou de l'œil, et parfois des troubles de la vision. Nous avons des exemples de la plupart de ces désordres dans les observations qui suivent :

J. S., malade depuis huit mois, accuse des douleurs traversant la tête et apparaissant à 2 heures du matin ; il éprouve parfois des spasmes dans les muscles de la face. Nausées, vomissements. Des émissions sanguines copieuses et répétées, des purgatifs, des pilules mercurielles n'amènent aucune amélioration : les douleurs deviennent franchement intermittentes et reviennent toutes les deux nuits (40 gouttes de liqueur arsenicale). Mort subite. Autopsie : Engorgement des vaisseaux du péricrâne et du cerveau ; liquide abondant dans les ventricules ; lymphe coagulable dans les ventricules et sur les corps striés ; dans l'hémisphère droit du cervelet, tumeur comme squirrheuse, de la grosseur d'une petite noix, de consistance cartilagineuse, en contact avec l'occipital sur lequel elle a produit un commencements d'absorption. (Ward, *Nouv. Bibl. méd.*, t. IV, p. 368).

Une femme âgée de 31 ans, qui avait eu un chancre induré, des plaques muqueuses, etc., entra à l'hôpital Lariboisière dans le service du docteur Duplay, portant sur les membres supérieure une syphilis pustuleuse très-bien caractérisée. Depuis plusieurs semaines cette malade se plaignait de céphalalgie occipitale très-violente, elle avait des vomissements incoercibles, et l'iodure de potassium, qu'on lui avait administré, ne pouvait rien contre ces accidents. Bientôt elle s'affaiblit et se mit à tituber; la marche devenait de plus en plus pénible, et, au commencement de mars 1863, elle était obligée de garder le lit. Dans cette condition, elle pouvait encore exécuter des mouvements en tous sens avec les membres inférieurs dans une direction préconçue; elle pouvait coordonner ses mouvements ; on ne constatait pas de paralysie proprement dite, mais un affaiblissement musculaire énorme ; il en était des membres supérieurs comme des membres inférieurs : affaiblissement musculaire, paralysie; puissance de coordination des mouvements intacte. En même temps que le trouble de la motilité dans les membres, parut un strabisme convergent qui alla croissant au point que les deux yeux disparaissaient en partie derrière les paupières, et que la physionomie de la malade avait contracté un aspect hideux; le strabisme se compliquait au début de diplopie. Sous l'influence de la volonté, la malade pouvait réagir en partie contre le strabisme et porter l'œil en dehors, mais avec peine. Nous constatons ici encore, non pas une paralysie, mais un trouble dans le système locomoteur de l'œil. L'intelligence et la sensibilité n'avaient pas été touchées dans ce cortége de symptômes graves, et les fonctions des autres systèmes étaient également restées intactes. Il n'y avait ni fièvre, ni toux; la nutrition

(1) Voy. les observ. de Hillairet et Greppo, Gros et Lancereaux, *loc. cit.*, p. 272 et 273 ; — Gailleton, *Gaz. méd. de Lyon*, 16 octobre 1864, obs. II.

avait été profondément altérée par les vomissements prolongés; la malade s'était amaigrie. Un traitement mercuriel (deux pilules de Sédillot par jour) fut institué dans la première semaine de mars, et, au bout de huit jours, il y eut déjà une amélioration sensible; les maux de tête se calmèrent, les vomissements diminuèrent; puis les autres symptômes graves s'amendèrent peu à peu; la malade reprit ses forces, bientôt elle put rester assise dans son lit, se tenir sur ses jambes; le strabisme céda également, et après six semaines de traitement mercuriel, en avril 1863, les douleurs de tête et les vomissements avaient disparu. La malade, qui avait recouvré la puissance de ses mouvements, quitta l'hôpital guérie du strabisme et pouvant marcher facilement. La guérison se maintint. (Leven, *Bullet. de la Société de biologie*, année 1863, p. 150.)

Un autre symptôme qu'il importe de signaler ici et qui n'est pas extrêmement rare, c'est le passage du sucre dans les urines, de façon à constituer une sorte de diabète, ainsi que l'ont noté Leudet, Jaksch et Düb (1). Dans le fait suivant, que nous devons à l'obligeance de notre ami le Dr Gentilhomme, de Reims, il y a tout à la fois polydipsie et polyurie.

Chancres et bubons dans l'aine en 1834, accidents secondaires nuls; hémiplégie guérie par l'iodure de potassium. Tumeurs gommeuses multiples; polyurie.

Obs. LI. — Le nommé D..., âgé de 54 ans, entre à l'infirmerie de Bicêtre dans le mois de décembre 1860, pour des troubles gastriques qui imitent une maladie organique de l'estomac.

Antécédents. — Le malade raconte qu'il a eu des chancres sur le gland en 1834, chancres accompagnés d'un bubon dans l'aine droite, lequel s'est terminé par suppuration.

Aujourd'hui, au moment de l'observation, on peut constater une cicatrice très-manifeste dans l'aine. A la suite de ce chancre, il n'y eut point d'accidents secondaires, du moins après un séjour de deux mois à l'hôpital du Midi. On ne remarque aucune trace de symptômes du côté de la gorge, ni du côté de la peau, ni du côté de l'anus, pouvant faire songer à des manifestations syphilitiques. En 1837, D... fit une chute du sixième étage dans la rue et tomba sur une voiture de foin. Transporté chez lui sans connaissance, il reprit bientôt ses sens et guérit rapidement d'une luxation de l'épaule droite et d'une fracture de la clavicule.

Il reprend son travail, et quelque temps après il est pris d'une hémi-

(1) Voy. une observation de Leudet, Mémoire cité, *Moniteur des sciences méd.*, 1860, p. 1189. — Jaksch, *Ueber die durch Syphilis bedingten Lahmungen*, in *Allgemeinen Prager med. Wochenschrift*, 44-52, 1865. — Düb, in *Vierteljahrschrift für die praktische Heilkunde*, t. LXXVII; deux cas de diabète sucré avec manifestations syphilitiques, et guérison par un traitement spécifique.

plégie droite qui survient lentement et progressivement, sans s'accompagner de troubles cérébraux. Il existe en même temps des douleurs très-vives dans la partie droite de la tête, du même côté que la paralysie des membres. Pendant plus d'un an, D... fait plusieurs stations dans les différents services des hôpitaux de Paris, mais inutilement. Placé en dernier lieu dans celui de M. Boyer, il guérit rapidement sous l'influence d'un traitement par l'iodure de potassium. Il retourne à ses travaux, mais il est arrêté au bout de quelque temps par une nouvelle paralysie, qui siége cette fois dans le côté gauche du corps. Cette paralysie suit du reste la même marche et s'accompagne des mêmes accidents que la première, mais elle ne disparaît pas, et D... est placé à l'hospice de Bicêtre pour cette infirmité. Depuis, cette hémiplégie a presque entièrement disparu par l'emploi de l'iodure de potassium.

Plus tard ce malade a présenté une série d'accidents très-remarquables. D'abord, il y a trois ans, des gommes, au nombre de trois, au niveau du lobule de l'oreille droite et dans le tissu cellulaire sous-cutané de la cuisse et du genou droits, pour lesquelles M. Desprès lui administra l'iodure de potassium. Quelques-unes de ces tumeurs disparaissent par résolution; les autres, au contraire, subissent le ramollissement. Les gommes qui avaient leur siége dans le lobule de l'oreille ont fini par détruire complétement cet appendice. Celles qui siégeaient à la jambe ont laissé de petites fistules qu'on peut voir encore sur la face interne du tibia. Les tumeurs gommeuses avaient le volume de petites noisettes, et étaient le siége de douleurs vives pendant la nuit.

État actuel (avril 1861). Le malade reste presque toujours au lit. Il est très-faible et très-maigre, toute son habitude extérieure indique un état cachectique très-avancé. La peau est pâle et présente une coloration jaunâtre. Les muqueuses sont pâles et décolorées.

Il y a huit mois, il commença à éprouver une soif plus grande que d'habitude. Il buvait trois litres de tisane par jour; ce besoin a toujours été en augmentant, aujourd'hui il boit quatre litres de tisane par jour et urine dans les mêmes proportions. Les gencives sont molles, sanglantes; les dents, gâtées et déchaussées, sont fréquemment le siége de douleurs très-vives et très-persistantes. La bouche est mauvaise, la langue rouge et brûlante; la déglutition est difficile, la gorge ne présente rien de particulier. Au début de la maladie, les fonctions digestives étaient très-régulières, mais elles ne tardèrent pas à s'altérer. L'appétit alla graduellement en diminuant. Les digestions demeurent pénibles et même impossibles. Sitôt qu'il prend un peu d'aliments, le malade éprouve des douleurs au niveau de l'estomac et derrière le sternum, des étouffements, des sensations étranges qu'il compare à une barre comprimant l'estomac, des envies de vomir presque toujours suivies de vomissements; les douleurs ne disparaissent qu'après que l'estomac a rendu les matières contenues dans sa cavité.

Le ventre est volumineux, les selles sont rares, il y a une constipation habituelle, quelquefois des coliques et de la diarrhée. L'abdomen est dou-

loureux dans toute son étendue, mais principalement au milieu de l'hypochondre droit. Sonorité gazeuse dans l'hypochondre gauche, au niveau de l'estomac, à l'épigastre; matité très-prononcée qui s'étend en bas, jusqu'au niveau d'une ligne horizontale qui passerait à 0m,02 au-dessous de l'ombilic, et qui se prolongerait à gauche jusqu'à 0m,04 de la ligne médiane. Tout à fait à l'extrême gauche de l'hypochondre droit, le foie ne dépasse pas le rebord des fausses côtes. La matité qui indique la présence du foie remonte très-haut dans la poitrine.

La palpation fait découvrir au niveau de l'épigastre une tumeur à bord tranchant, déjà indiquée par la percussion.

Du côté de la poitrine, on observe les phénomènes suivants : La toux a commencé il y a six mois, depuis ce temps elle a toujours été en augmentant. Aujourd'hui elle est très-fréquente et s'accompagne d'une expectoration de crachats mousseux blanchâtres. La toux empêche le malade de dormir. Il n'y a jamais eu crachement de sang.

Le malade accuse des douleurs dans la poitrine, ressemblant par leurs caractères et par leur siége à des névralgies intercostales. Ces douleurs sont très-vives, surtout dans le côté droit de la poitrine et au niveau de la gouttière vertébrale. Elles augmentent manifestement par la pression. On sent dans les parois de la poitrine des nodosités de corps durs qui siégent probablement dans l'épaisseur des muscles. Le creux sous-claviculaire droit est peu marqué. La sonorité est anormale des deux côtés. En avant, la respiration est forte et rude; en arrière, il existe quelques râles bronchiques dans les deux côtés de la poitrine.

Il n'y a rien du côté de la circulation. Du côté de la sécrétion urinaire, on constate seulement une augmentation dans la quantité : quatre litres par jour. L'urine, examinée à plusieurs reprises, n'a jamais présenté aucune trace de sucre ni d'albumine. Relativement au système nerveux, le malade se plaint d'une céphalalgie très-vive, qui se manifeste principalement pendant la nuit. Cette douleur est superficielle et offre le caractère des douleurs névralgiques. Il faut très-probablement rattacher son existence à la présence d'exostoses très-nombreuses qui siégent dans les os du crâne. Ces exostoses sont petites, très-peu proéminentes; on les distingue cependant très-facilement par le toucher et même à la vue.

Les fonctions intellectuelles sont très-saines. Il existe une légère hémiplégie à gauche, accompagnée d'un peu d'anesthésie dans la jambe. Cette hémiplégie, presque complète à l'entrée du malade à Bicêtre, a beaucoup diminué à la suite d'un traitement syphilitique auquel il a dû être soumis pour des gommes, exostoses, douleurs, etc.; mais la paralysie n'a pas encore entièrement disparu. Il n'y a aucun phénomène à noter du côté des organes des sens.

Du côté de la peau, le lobule de l'oreille droite est entièrement détruit. Il existe plusieurs ulcérations recouvertes de croûtes à la face interne du genou droit. A côté des ulcérations on trouve des cicatrices blanchâtres. Toutes ces lésions sont consécutives à de petites tumeurs douloureuses,

grosses comme de petites noisettes, qui se sont transformées en pus.

L'état du malade va continuellement en s'aggravant. L'amaigrissement fait tous les jours de nouveaux progrès. Vomissements continuels, soif vive. Le malade est tourmenté par des douleurs qui ne lui laissent aucun moment de calme; la toux devient plus fréquente. Il survient un peu de fièvre, d'abord vers le soir, puis elle devient continue. Le malade meurt avec tous les symptômes d'une broncho-pneumonie, le 20 avril.

L'*autopsie* est faite vingt-quatre heures après la mort.

Encéphale. — Sur le frontal existent des éminences aplaties de forme irrégulière et de grandeur variable; la plus grande ne dépasse pas la largeur d'une pièce de cinquante centimes. Leur surface est lisse, mais dépolie. Quelques-unes forment une saillie considérable; ces dernières sont irrégulières et rugueuses à leur surface. Le péricrâne qui recouvre ces exostoses se décolle assez facilement. Au milieu de ces exostoses très-nombreuses, on voit sur les os du crâne des espaces bleuâtres dans lesquels on enfonce facilement un scalpel. On constate que dans cet endroit le tissu osseux a disparu et est remplacé par du tissu fibreux mêlé de vaisseaux. Ces ulcérations osseuses s'enfoncent jusqu'au diploé. Le périoste est épaissi dans les points correspondant aux altérations de l'os et s'enlève facilement.

A la face interne du crâne, la dure-mère adhère à la portion du frontal qui correspond aux altérations de la face superficielle de l'os; lorsqu'elle est décollée, on voit les mêmes altérations que celles qui siégent à la surface de l'os, non pas des exostoses, mais simplement une raréfaction du tissu osseux. On trouve à la place de l'os une lame de tissu fibreux qui recouvre le diploé. Les dépressions sont très-irrégulières à la face externe comme à la face interne. Les plus petites sont étoilées, les plus grandes ont une forme très-variée. Leur grandeur ne dépasse pas $0^{m},01$ et demi dans tous les sens. Autour de ces dépressions et dans une grande étendue de la voûte du crâne, l'os est parsemé de points, de sillons, qui donnent à sa surface l'aspect d'une coupe de testicule.

Le cerveau, examiné avec un grand soin, a été trouvé parfaitement sain dans toutes ses parties. A la base du crâne, la dure-mère se détache facilement. Il n'existe aucune tumeur, ni dans les os, ni dans les enveloppes fibreuses. La moelle épinière, les nerfs et les organes des sens n'ont pas été examinés.

Organes respiratoires. — Le corps thyroïde présente une altération très-remarquable dans sa texture. Son volume n'a ni augmenté, ni diminué; il a une consistance très-ferme et très-résistante, mais en même temps beaucoup plus friable qu'à l'ordinaire. Sa coloration est un peu jaunâtre et la surface de sa coupe est brillante. Il offre, en un mot, un aspect qu'on peut comparer à du lard légèrement coloré par du sang. La trachée et les bronches sont sains. Dans le poumon, il existe des adhérences des deux côtés. Il y a de l'hépatisation à la base des deux poumons et de l'engouement dans le reste de leur étendue; dans le sommet du poumon droit, on observe un noyau, gros comme une noix, placé superficiellement; ce corps présente

une grande dureté, sa coupe a l'aspect du marbre. On y voit des parties noires séparées par des lignes brillantes qui paraissent constituées par du tissu fibreux. Cette partie du poumon est tout à fait imperméable à l'air. A la base du poumon droit existe un épanchement de pus circonscrit par des adhérences. A la racine des poumons, les ganglions bronchiques, hypertrophiés, indurés et noirâtres, contiennent dans leur épaisseur des dépôts d'une matière jaunâtre, solide dans quelques-uns, ramollie dans d'autres, et semblable à du pus. Ces dépôts présentent la plus parfaite ressemblance, comme aspect extérieur et comme composition élémentaire, avec les gommes à leurs différents degrés d'induration et de ramollissement.

Tube digestif, annexes. — L'estomac rempli de boissons, est légèrement dilaté ; les matières contenues passent difficilement par le pylore. Il semble qu'il existe un rétrécissement à ce niveau; la valvule paraît plus saillante qu'à l'état normal, elle semble épaissie. La muqueuse, qui est saine, s'enlève facilement; au-dessous on trouve un anneau musculaire très-développé. La muqueuse de l'intestin grêle et d'une partie du gros intestin est noirâtre, ramollie, surtout au niveau de la valvule iléo-cœcale. Les nombreux ganglions lymphatiques qui reçoivent leurs vaisseaux de cette partie de l'intestin sont hypertrophiés; ils renferment dans leur intérieur des masses enkystées, semblables à des foyers purulents. C'est exactement la même altération que celle des ganglions bronchiques.

Le foie présente un aspect extérieur très-remarquable. Le lobe droit est un peu moins volumineux qu'à l'état normal ; le lobe gauche offre à sa partie supérieure, une petite tumeur de la grosseur d'un pois sa coupe est jaunâtre et rugueuse, sa consistance est friable. C'est exactement le même aspect que celui des productions pathologiques des ganglions bronchiques et des ganglions mésentériques. A la face convexe du foie existent plusieurs tumeurs analogues, d'un plus petit volume que les précédentes, grosses comme des grains de millet. On observe au même endroit une cicatrice froncée, dirigée d'avant en arrière, de la vésicule du fiel au bord postérieur de l'organe, d'une longueur de $0^{m},07$; blanchâtre, fibreuse, déprimée, cette cicatrice a une grande épaisseur, de $0^{m},01$ et plus. Elle adhère par le milieu de sa longueur à une masse volumineuse et pierreuse, située dans l'épaisseur du foie. Cette masse a le volume d'une grosse noix ; sa forme est arrondie, mais très-inégalement ; sa surface est très-irrégulière. Elle est constituée par deux moitiés qui glissent l'une sur l'autre. Sa coloration est blanchâtre et sa dureté est telle qu'il est impossible de l'attaquer avec le scalpel. Cette substance adhère très-intimement avec la substance de la glande. Autour de la masse pierreuse le foie est dur, comme fibreux en certains points ; dans d'autres, il renferme de petites tumeurs jaunâtres, grosses comme des grains de millet, pressées les unes contre les autres et tout à fait semblables à celles qui existent à la surface du foie. La face inférieure du foie ne présente rien d'anormal ; la vésicule est saine et remplie de bile verdâtre. Le tissu du foie paraît lui-même entièrement sain.

Organes circulatoires.— Le péricarde, qui paraît sain, renferme dans son intérieur cinq ou six cuillerées de sérosité purulente. Le cœur est volumineux et très-ferme. Il n'y a aucune lésion aux orifices, mais la substance musculaire elle-même est profondément altérée. Cette substance a une coupe lisse, brillante, décolorée, jaunâtre, d'aspect lardacé. La fibre musculaire du cœur offre une grande ressemblance d'aspect avec le corps thyroïde. Au microscope, on reconnaît facilement les fibres musculaires; mais elles sont infiltrées d'une grande quantité de granulations.

Reins. — Les reins ont leur volume ordinaire, mais ils ont subi une singulière altération : ils sont mamelonnés à leur surface et parsemés de sillons. La substance sécrétante a une coloration jaunâtre lardacée. Les capsules surrénales elles-mêmes contiennent des dépôts de matière jaunâtre, de la grosseur d'un grain de millet, les uns durs, les autres ramollis. Tous ces dépôts sont semblables les uns aux autres, ils ne diffèrent entre eux que par la grandeur.

La marche des affections syphilitiques de l'encéphale est lente, progressive. La céphalée, l'insomnie, les vertiges et les étourdissements sont généralement les premiers symptômes; surviennent plus tard des accès convulsifs, des paralysies et des troubles de l'intelligence. Ces derniers troubles n'arrivent guère qu'à une période avancée, de même que les désordres de la sensibilité, qui d'ailleurs sont rares.

Après un temps plus ou moins long, les encéphalopathies syphilitiques deviennent stationnaires ou s'améliorent peu à peu. Leur durée varie entre quelques semaines et plusieurs années. Leur guérison spontanée est rare, mais en général elles subissent vite l'influence d'un traitement spécial; leur disparition complète n'est toutefois possible qu'à la condition que les éléments nerveux aient conservé leur intégrité. Or, comme presque toujours ces éléments finissent par s'altérer après un certain temps, il en résulte que certains symptômes persistent quelquefois indéfiniment, et parmi ces symptômes se place en première ligne la paralysie. Astruc avait déjà noté la difficulté de la guérison de la paralysie syphilitique, mais il n'en connaissait pas la raison.

Les faits qui témoignent de cette difficulté ne sont pas extrêmement rares. Nous pourrions rapporter plusieurs exemples de ces guérisons difficiles ou même impossibles, qui dès l'abord avaient donné les plus belles espérances; mais nous nous contenterons d'en citer un seul, que nous a communiqué autrefois un médecin distingué de Tongres, désireux d'avoir notre avis.

Obs. LII. — X., brasseur, âgé de 69 ans, d'une bonne constitution, avait toujours joui d'une belle santé, quand à 32 ans il fut atteint d'une affection syphilitique, qu'il ne décrit pas exactement. Il sait qu'il a eu des chancres pour lesquels il a pris beaucoup de mercure. Un an environ après les premiers accidents, il est atteint d'une paralysie des muscles moteurs de l'œil droit et de cécité. Ces symptômes disparaissent promptement; mais peu après il ressent de la faiblesse des membres inférieurs, et plus tard se montre une paralysie incomplète de cette partie du corps. On employa successivement les vésicatoires, les moxas, les bains sulfureux, le seigle ergoté, la strychnine, etc., moyens qui restèrent tous inefficaces. La paraplégie persistait, et de plus une douleur violente au pied gauche rendait l'existence de cet homme très-pénible depuis trente ans. L'iodure de potassium fut prescrit d'abord à la dose de 1 gramme, et successivement jusqu'à 2 grammes et demi. Pendant les huit premiers jours, il y eut une amélioration notable; mais plus tard les médicaments se trouvant mal supportés, les effets devinrent très-peu sensibles et l'amélioration ne continua pas.

Dans ce fait et dans beaucoup d'autres du même genre, la longue durée du mal indique suffisamment que l'altération avait fini par atteindre et détruire les éléments nerveux, et ainsi une guérison complète n'était plus possible. L'altération ou même la destruction d'un plus ou moins grand nombre de ces éléments au contact du néoplasme syphilitique, tel est donc l'obstacle invincible. Les troubles qui tiennent à l'excitation ou à la compression disparaissent; mais ceux qui, comme la paralysie, sont liés à la modification anatomique des cellules et des tubes nerveux, persistent nécessairement. C'est un phénomène du même genre que celui qu'on observe dans l'hémorrhagie cérébrale, où le caillot sanguin déchire et comprime tout à la fois les éléments nerveux.

La mort enfin peut être la conséquence des lésions syphilitiques de l'encéphale lorsqu'elles sont étendues ou que, circonscrites, elles occupent une partie telle que la moelle allongée dont l'intégrité est essentielle au maintien de la vie. Il est des cas aussi où des accès épileptiformes qui jusque-là n'avaient présenté aucune gravité, redoublent tout à coup de fréquence et sont suivis du coma et de la mort, sans que l'autopsie fasse toujours connaître la raison de cette terminaison subite et rapidement fatale.

Diagnostic. — Le diagnostic des encéphalopathies syphilitiques est ordinairement difficile en raison des nombreuses formes symptomatiques qui peuvent se présenter.

La succession et la modalité des symptômes sont ici des circon-

stances qui mettent tout au moins sur la voie de la cause spécifique. Une céphalalgie intense, persistante et opiniâtre, avec paroxysmes nocturnes, étourdissements et vertiges, cédant rapidement à l'emploi du mercure ou de l'iodure de potassium, est un signe d'une grande valeur diagnostique. L'insomnie, qu'elle soit ou non liée à ce symptôme, est un signe non moins important et non moins fréquent (1).

Les autres symptômes n'ont rien de spécial, si l'on excepte le caractère parfois fugace de la paralysie. L'hémiplégie syphilitique n'a, en effet, ni le début soudain ni la stabilité de l'hémiplégie symptomatique d'une hémorrhagie ou d'un ramollissement cérébral succédant à une oblitération artérielle.

Des attaques épileptiformes sans aura, des accès convulsifs cloniques ou toniques sans perte absolue de connaissance, précédés et suivis d'une céphalalgie plus ou moins violente, constituent encore des modes symptomatiques qui méritent d'être pris en considération.

Mais il importe de ne pas s'arrêter à l'examen d'un seul système; chaque organe doit être interrogé avec soin, et ainsi, s'aidant des commémoratifs et tenant compte des affections concomitantes cutanées, osseuses ou viscérales, et de l'état de cachexie qui fait rarement défaut en pareille circonstance, le médecin parviendra le plus souvent à reconnaître, avec le siége et l'étendue de la lésion, la source d'où elle dérive. C'est ainsi qu'une certaine déformation du foie coïncidant avec une albuminurie légère peut avoir dans l'espèce une grande importance diagnostique.

Dans le cas où l'ensemble phénoménal vient à constituer l'un de ces groupes symptomatiques connus sous le nom d'épilepsie, de paralysie générale, de démence paralytique, de folie, l'âge des malades et cette circonstance que les désordres caractéristiques du groupe en question ne remontent pas au delà de l'apparition de la syphilis, seront des indications précieuses. Ces indications suffisent le plus souvent pour diagnostiquer l'épilepsie syphilitique. Quant à la paralysie générale et à la démence, la céphalée et l'insomnie qui les précèdent ou qui les accompagnent, une évolution particulière, une marche saccadée, un cachet spécial enfin, sont autant de circonstances qui

(1) Consultez, sur ce symptôme, Fracastor; *loc. cit.*, Sigmund, dans *Arch. de méd.*, 1857, t. II, p. 225; Reynaud, dans *Ann. des malad. de la peau et de la syphilis*, t. II, p. 312.

portent à leur attribuer une origine syphilitique et qui permettent de les différencier des désordres analogues engendrés par les boissons alcooliques. Dans l'alcoolisme, en effet, le malade est tourmenté par des rêvasseries, des illusions et même des hallucinations ; la sensibilité est toujours troublée et la céphalée ordinairement nulle. Il en est de même des accidents paralytiques produits par le plomb, lesquels d'ailleurs ont pour localisation plus spéciale les muscles extenseurs des membres.

Les lésions diffuses et aiguës du cerveau, telles que la méningite et l'encéphalite, diffèrent trop des affections syphilitiques de cet organe pour qu'il soit nécessaire de les en distinguer. Je dois dire cependant que chez un malade du service du professeur Grisolle ayant succombé à une affection cérébrale qu'on pouvait regarder comme syphilitique, les symptômes avaient été peu différents de ceux de la méningo-encéphalite ; mais c'est là un fait assez exceptionnel.

Logées dans le cerveau ou situées à la surface des méninges, les tumeurs cérébrales tuberculeuses, cancéreuses et fibreuses, donnent lieu à des troubles qu'il n'est pas toujours facile de séparer de ceux qui appartiennent aux tumeurs syphilitiques ; mais en tenant compte de l'âge des malades, de leurs antécédents morbides, de l'évolution du mal, on parviendra le plus souvent à soupçonner, sinon à diagnostiquer sûrement la nature de chacune de ces altérations. Ainsi, les tubercules sont l'apanage à peu près exclusif du jeune âge ; le cancer, au contraire, est le fait d'un âge plus avancé ; ces altérations s'accompagnent d'une cachexie spéciale, distincte de la cachexie syphilitique.

Les tumeurs fibreuses, souvent indépendantes d'un état diathésique, sont remarquables par la lenteur de leur développement et par une marche progressivement croissante, contrairement aux néoplasmes syphilitiques, qui le plus souvent s'arrêtent à un moment donné de leur évolution.

Il n'y a pas jusqu'à la pachyméningite, avec ou sans hémorrhagie, qui ne soit susceptible de donner le change pour une affection syphilitique du cerveau ou des méninges et qui ne demande, pour en être distinguée, la considération des diverses circonstances que je viens de mentionner.

Pronostic. — Localisée dans l'encéphale, la syphilis doit être re-

gardée comme une maladie grave, non-seulement en raison de l'importance des fonctions lésées, mais encore à cause de la fréquence des récidives. Il arrive de voir souvent, en effet, une amélioration ou même une guérison rapide être suivie de nouveaux accidents plus intenses que les premiers et plus difficiles à combattre (obs. XLV). Une statistique qui est due au Dr Gjör nous apprend que, sur 30 malades, 5 furent guéris, 12 obtinrent une amélioration, 6 n'éprouvèrent aucun changement, 7 moururent (1). Sur 147 cas réunis par Lagneau fils (2), on compte une terminaison plus ou moins heureuse 83 fois, une terminaison funeste 57 fois, c'est-à-dire dans les deux cinquièmes environ des cas. La mort fut 7 fois l'effet d'une maladie incidente.

L'examen des faits, d'accord avec les données de la physiologie, indique que les lésions les plus graves sont celles qui portent sur les parties les plus essentielles à la vie. Les lésions osseuses ou méningiennes, celles qui n'occupent que la périphérie et la convexité de l'encéphale, sont beaucoup moins graves que celles qui atteignent les parties plus profondes et la base.

Relativement aux symptômes, on peut dire que la céphalalgie et l'insomnie sont sans gravité. Les vertiges, les accès convulsifs ne permettent pas toujours de préjuger sûrement l'issue de la maladie ; mais ils sont en général moins à redouter que les symptômes paralytiques et que les troubles des facultés intellectuelles (idiotie, hébétude, torpeur, somnolence), qui, de tous les désordres syphilitiques de l'encéphale, sont certainement les plus graves. Cependant ces accidents sont d'autant plus sérieux qu'ils sont plus anciens, parce qu'alors il y a à craindre qu'il ne se soit ajouté à la lésion propre une destruction plus ou moins considérable des éléments nerveux circonvoisins. Quoi qu'il en soit, les manifestations syphilitiques de l'encéphale sont moins à craindre, même en l'absence de tout traitement spécifique, que toutes les affections d'une provenance différente; c'est surtout lorsqu'on sait les reconnaître et les traiter assez tôt que ces manifestations sont moins graves.

(1) Gjör, *Norsk Magazin*, t. XI, p. 794. — *Schmidt's Jahrb.*, t. CI, p. 791 (*Arch. de médecine*, mai 1859, p. 615).
(2) *Traité des maladies syphil. du système nerveux*, p. 164, 1860.

§ 3. — Affections syphilitiques de la moelle épinière. — Myélopathies syphilitiques.

Étude anatomique. — Les lésions syphilitiques de la moelle épinière ne diffèrent des lésions encéphaliques que par leur siége et leur moindre fréquence; comme ces dernières, elles occupent tantôt les enveloppes et plus particulièrement la dure-mère spinale, tantôt la substance nerveuse.

Un épaississement plus ou moins considérable des méninges avec adhérence fréquente aux parties voisines, des dépôts gommeux situés sur la surface interne ou externe de ces membranes, telles sont les altérations des enveloppes spinales. Plusieurs cas de syphilis viscérale mentionnent l'une ou l'autre disposition. Le docteur Voillemier, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis, nous a montré autrefois un dessin figurant la présence de ces dépôts à la surface interne de la dure-mère rachidienne; un exemple analogue se rencontre dans l'ouvrage de Zambaco (1). Le pourtour de la moitié inférieure de la région dorsale de la moelle et de toute l'étendue de la région lombaire, était envahi par un épanchement gélatineux d'une consistance gommeuse.

Les désordres anatomiques engendrés par la syphilis au sein même du cordon médullaire se présentent sous l'une des deux formes, diffuse ou circonscrite. Dans la première variété, la moelle est indurée ou ramollie, l'épendyme est épaissi, des éléments nouveaux de tissu conjonctif avec ou sans corpuscules amyloïdes se développent entre les éléments nerveux, qui peuvent être consécutivement lésés ou détruits. C'est par conséquent une véritable sclérose dont l'existence nous est démontrée par le fait suivant que nous devons à l'obligeance de notre savant maître, le docteur Potain.

Vers le mois de février dernier, il entre à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Antoine, une femme enceinte de cinq mois, qui se plaignait de gastralgie et de douleurs de tête violentes, et qui avait tous les signes d'une profonde chloro-anémie. Comme la céphalalgie persistait à se faire sentir, surtout la nuit, M. le docteur Potain songea, malgré les dénégations de la malade, à l'existence d'une syphilis. Effectivement il trouvait des ganglions cervicaux tuméfiés , et non douloureux, des pléiades ganglionnaires inguinales, et plusieurs papules mu-

(1) *Des affections nerveuses syphilitiques*. Paris, 1862, p. 251.

queuses à la marge de l'anus. Un traitement mercuriel modéré (protoiodure de mercure) fut alors commencé, et les douleurs de tête diminuèrent. Un mois après son entrée à l'hôpital, la malade accouchait sans accident de deux jumelles, non à terme, qui vécurent trois jours et chez lesquelles on ne put constater pendant la vie aucune marque de syphilis, ni aucun symptôme morbide. Chez l'une d'elles il y avait une débilité extrême.

L'autopsie montra chez les deux fœtus l'altération spéciale du foie décrite par Gubler mais dans une très-petite étendue, la largeur à peu près d'un gros pois, pour l'un au bord inférieur, pour l'autre sur le bord antérieur et à la face supérieure près du ligament falciforme. En ces points on remarquait une coloration jaunâtre demi-transparente, un peu opaline, de la dureté, une absence de vascularisation, tous les caractères, en un mot, de l'altération décrite comme syphilitique. Rien de notable dans les autres viscères thoraciques ou abdominaux.

Les cerveaux ne parurent pas altérés, ils offraient la consistance molle, habituelle à cet âge.

La moelle de l'un des deux fœtus paraissait aussi être à l'état normal, on reconnaissait très-bien sur sa coupe les sillons et les cornes grises. Le microscope y montra des tubes nerveux très-nets.

La moelle de l'autre fœtus, au contraire, était dans toute sa longueur diminuée de volume, dure, sans trace de division entre les substances et tout à fait semblable à un tendon fibreux, sauf la coloration qui était d'un gris rougeâtre. Au microscope, M. Potain ne put découvrir ni cellule nerveuse ni presque aucun tube nerveux distinct. Toute la moelle semblait formée par du tissu lamineux condensé, feutré et entremêlé d'une substance granuleuse abondante. L'examen des deux moelles fut fait simultanément, et la différence considérable de structure qui existait entre elles deux ne put laisser aucun doute. Quant aux méninges rachidiennes, il n'a pas semblé qu'elles fussent altérées.

Un cas observé par nous n'est pas sans offrir, au point de vue anatomique, quelque analogie avec l'observation qui précède. Il s'agit d'un homme de 57 ans, qui succomba aux suites d'une paraplégie et qui présentait, avec une myocardite et des cicatrices profondes à la surface du foie, un ramollissement avec exsudation sanguine vers la partie moyenne de la région cervicale de la moelle épinière. L'alté-

ration primitive consistait dans une hypergénèse des éléments du tissu conjonctif avec dégénération graisseuse des capillaires; mais la nature syphilitique de cette lésion doit rester douteuse; on ne peut l'admettre, en effet, uniquement d'après la coexistence des cicatrices hépatiques. Après ce que nous savons des manifestations syphilitiques des viscères, il y a tout lieu de penser qu'il s'agissait d'une modification du même genre dans les observations rapportées de paraplégie syphilitique sans lésion appréciable : on est d'autant plus porté à le supposer, qu'aucun examen microscopique n'a été fait (1).

La tumeur gommeuse constitue la lésion caractéristique de la forme circonscrite. Trois faits, à ma connaissance, indiquent l'existence de cette lésion. Un cas rapporté par Mac-Dowel signale l'intégrité des méninges, un léger ramollissement de la portion dorsale de la moelle, au centre de laquelle existe une tumeur de couleur jaunâtre, du volume d'un gros pois, d'une consistance très-ferme : à partir de la ligne médiane, cette tumeur fait saillie, surtout à droite; elle est parfaitement ronde, lisse et polie à sa surface, même lorsqu'on la regarde avec la loupe. Le tissu nerveux qui l'entoure est très-ramolli, fortement injecté, tacheté de jaune à son centre. Il n'y a pas trace de tubercules dans les poumons. Le foie est cirrhosé, la rate grosse et ramollie ; les reins sont sains. Une observation qui fait partie du mémoire de Wagner (*Archiv. der Heilkunde*, 1863) mentionne l'existence d'une tumeur du volume et de la forme d'une noisette, d'une coloration blanc-bleuâtre, avec noyau jaunâtre, occupant le centre de la moitié gauche de la moelle allongée. Une autre tumeur du volume d'une noix, d'un aspect lardacé à la coupe, siégeait en même temps dans l'hémisphère gauche du cervelet. Le foie adhérait partout avec les organes voisins; mais avec l'auteur lui-même on ne peut s'empêcher, ainsi que le fait judicieusement remarquer le docteur Jaccoud (2), de conserver quelques doutes sur l'origine syphilitique de cette dernière altération.

Chez une femme paraplégique qui succomba à l'âge de 53 ans et qui se disait infectée de syphilis par son mari, Wilks trouva dans la région lombaire de la moelle épinière du côté droit un dépôt dur

(1) Voy. Gjör, *Norsk Magazin* (XI et XIX, 1857). — Ricord, *Clinique iconographique de l'Hôpital des vénériens.* — Zambaco, *Des affections nerveuses syphilitiques.* Paris, 1862.

(2) *La paraplégie et l'ataxie des mouvements.* Paris, 1864.

du volume d'une noix et d'une étendue de trois quarts de pouce, entouré par les racines postérieures des nerfs auxquelles il adhérait entièrement. Incisée, cette masse parut composée d'une substance opaque jaune, amorphe, en tout semblable à la substance qui constituait les nodules trouvés dans les poumons et le foie. A la surface de ce dernier organe existait du reste une cicatrice (1).

A ces lésions de la syphilis médullaire ne pourrait-on pas ajouter certains cas de dégénérescence grise ou amyloïde qui, au point de vue symptomatique, se traduisent par l'ataxie des mouvements des membres inférieurs? Sans nous prononcer sur ce point, nous ne pouvons nous empêcher de faire remarquer que l'ataxie se rencontre fréquemment chez des individus qui ont eu des atteintes de syphilis, et dans ces conditions, il est permis de supposer que la diathèse syphilitique peut avoir sur la dégénérescence amyloïde de la moelle épinière une influence analogue à celle qu'elle exerce sur la dégénérescence cireuse du foie et de quelques autres organes.

Des lésions qui précèdent, effets de la localisation du processus syphilitique sur l'un des points du cordon médullaire ou de ses enveloppes, nous devons rapprocher des altérations secondaires résultant d'une modification primitive de la colonne vertébrale. Ces altérations, peu différentes de celles que produirait un corps étranger venant comprimer le centre médullaire, sont évidemment subordonnées au désordre anatomique du système osseux et au degré de compression qui en est la conséquence. Elles sont constituées par des phlegmasies avec ramollissement et destruction plus ou moins considérable des éléments nerveux.

Quant aux lésions vertébrales, elles se montrent sous forme d'exostoses, de caries ou de nécroses. Chez un soldat dont Minich de Padoue a publié l'observation, il y avait au niveau de la deuxième vertèbre dorsale une saillie douloureuse qui fut à bon droit considérée comme une exostose syphilitique, lorsqu'on vit l'iodure de potassium amener la guérison d'une paraplégie concomitante. Un fait analogue a été observé par Piorry. Dupuytren, Montfacon, Leprestre de Caen, ont rapporté des observations de carie vertébrale syphilitique (2).

(1) Voy. Hutchinson et Jackson, *Med. Tim. and Gaz.*, 1861, t. II, p. 85.

(2) Voy. Léon Gros et Lancereaux, *Des affections nerv. syphilitiques*, 1861, obs. CCXXXV, CCXL, CCXLI, CCXLII, CCXLIII. — Comparez : Allain, *Compression de la*

Étude symptomatique. — Les symptômes qui correspondent aux lésions syphilitiques de la moelle épinière présentent nécessairement des différences, selon le siége de la localisation anatomique sur tel ou tel point de l'enveloppe ou de la moelle elle-même. Vouloir indiquer toutes ces différences symptomatiques, ce serait nous mettre dans l'obligation de parler de tous les faits connus, ce qui est impossible ; par conséquent nous nous bornerons à faire connaître les phénomènes le plus généralement observés. L'un des plus importants est une rachialgie localisée, parfois intense et plus violente dans la nuit, quand sans doute il existe une lésion du canal rachidien. Un malade observé par Ch. Bernard accusait la sensation d'une barre ou constriction autour des reins et du ventre. Quelquefois c'est à l'extrémité des cordons nerveux des membres que la douleur se fait sentir ; cette douleur, néanmoins, n'a jamais ni l'intensité ni la rapidité des douleurs de l'ataxie locomotrice franche. Les malades accusent en outre des sensations diverses de froid, d'engourdissement, qui ont pour siége plus spécial les extrémités (1).

La sensibilité tactile est quelquefois altérée : elle était très-affaiblie chez un malade de Houstet, dont les extrémités inférieures étaient froides et avaient en outre perdu le mouvement ; il en était de même chez d'autres malades, soignés par Sandras, Allain, Lagneau père, Pétrequin, etc.

Un symptôme plus commun et qui fait rarement défaut, c'est la paraplégie. La plupart des auteurs qui ont traité de cette affection ont reconnu qu'elle se rattachait quelquefois à la syphilis, J. Frank va même jusqu'à considérer la vérole comme étant l'une de ses causes les plus fréquentes. Depuis Houstet (2), qui, en 1733, guérissait à l'aide de frictions mercurielles un individu atteint de paralysie complète des deux membres inférieurs, de rétention des urines et des matières fécales, d'impuissance virile, plusieurs observations plus ou moins analogues (3) ont été rapportées ; mais elles n'ont pas toutes un cachet d'absolue certitude au point de vue d'une liaison causale avec la syphi-

moelle épinière par une ou plusieurs exostoses syphilitiques, dans *Monit. des hôp.*, 1858.— Passavant, *Syphilitische Lahmungen* (Virchow's *Archiv*, XXV, 1862).

(1) Voyez une observ. de Vidal de Cassis, *Traité des malad. vénériennes*, Paris, 1855, p. 486; et une autre de Landry cité par Zambaco, p. 231.

(2) *Mémoires de l'Académie royale de chirurgie*, t. IV, p. 224. Paris, 1819.

(3) On trouvera ces observations et leur indication bibliographique dans l'ouvrage de G. Lagneau et dans le nôtre.

lis. Quoi qu'il en soit et si l'on s'en tient aux faits les mieux observés, la paraplégie survient presque toujours longtemps après l'apparition de la diathèse syphilitique, elle a un début lent et progressif plutôt que brusque : caractérisée par de l'incertitude et de la faiblesse dans la marche, elle présente des oscillations fréquentes, ce qui est le propre d'un grand nombre de manifestations syphilitiques.

Le plus souvent limitée aux membres inférieurs, la paralysie envahit parfois les membres supérieurs (obs. Landry), assez rarement elle est accompagnée de contracture ou de convulsions. Un malade de Cirillo et un autre de Portal avaient, il est vrai, des mouvements convulsifs dans les extrémités inférieures; mais il n'est pas parfaitement établi que ces deux malades dussent leur affection à la syphilis. Quoi qu'il en soit, ces symptômes, lorsqu'ils existent, font ordinairement partie des premiers ou des derniers désordres qui viennent révéler l'existence d'une affection médullaire syphilitique.

De même que les encéphalopathies, les myélopathies syphilitiques ont des moments d'arrêt dans leur marche, et lorsque par l'emploi d'un traitement approprié on arrive à produire une amélioration qui est presque la guérison, il n'est pas rare de voir survenir une rechute. De cette façon les affections syphilitiques de la moelle épinière ont ordinairement une durée assez longue. La guérison peut être incomplète ou complète. Quelques faits établissent la possibilité d'une cessation définitive de tout trouble fonctionnel.

Diagnostic. — Les affections qui simulent les désordres fonctionnels liés aux lésions syphilitiques de la moelle épinière sont la myélite partielle chronique ou sclérose médullaire, et certaines altérations telles que les tumeurs épithéliales et fibreuses, qui par la compression qu'elles déterminent produisent des symptômes très-analogues à ceux que causent les dépôts syphilitiques. Or, comme il n'existe aucun signe propre à ces manifestations, il en résulte que les antécédents du malade et les affections concomitantes sont à peu près les seules bases du diagnostic.

Une paraplégie incomplète, accompagnée de sensations douloureuses sur le trajet des cordons nerveux et de contracture, indique plus particulièrement une lésion des enveloppes; au contraire, une paraplégie complète avec mouvements réflexes est plutôt le signe d'une lésion primitive de la moelle épinière.

Pronostic. — Si l'on s'en tient aux faits connus, il est difficile d'in-

diquer avec précision le degré de gravité des myélopathies syphilitiques. Leur pronostic varie nécessairement, on le conçoit, avec le siége et l'étendue de l'altération. La guérison peut avoir lieu dans certains cas, lorsqu'un traitement intervient avant qu'il y ait destruction des éléments nerveux, et ainsi les lésions syphilitiques de la moelle épinière sont relativement moins sérieuses que celles de la plupart des affections de ce même organe.

§ 4. — Affections syphilitiques des nerfs.

De même que l'encéphale et la moelle épinière, les cordons nerveux peuvent subir d'une façon directe ou indirecte l'influence de la syphilis; autrement dit, ils peuvent être affectés primitivement par le fait d'une lésion qui porte sur une plus ou moins grande partie de leur étendue, ou secondairement par suite de la compression exercée par des altérations des organes de voisinage et des os tout particulièrement.

Les exostoses, les hyperostoses, les lésions des tissus fibreux, etc., sont autant de causes susceptibles de modifier l'intégrité des cordons nerveux et de déranger leurs fonctions. Déjà nous avons, comme on le sait, rattaché à une altération de ce genre les hémiplégies faciales qui surviennent au début de la période secondaire. Ici ces lésions secondaires fixeront peu notre attention; nous nous arrêterons de préférence aux lésions tertiaires, à celles surtout qui intéressent directement la substance même des cordons nerveux.

Étude anatomique. — Envisagées au point de vue où nous nous plaçons, les modifications anatomiques que présentent les cordons nerveux sont de deux ordres, et se traduisent, soit par l'épaississement de la trame de tissu conjonctif (névrite interstitielle, hyperplasie diffuse), soit par la présence de nodules comparables aux névromes, mais qui en réalité ne sont que des tumeurs gommeuses.

Chez une malade affectée de syphilis constitutionnelle, de paralysie complète de la cinquième paire et sujette à des accès d'épilepsie, Todd (1) trouva le ganglion de Gasser et les nerfs qui en émanent atrophiés par suite d'une compression exercée par de fausses membranes (*in consequence of pressure from adherent membranes*). Une observation déjà signalée de Bayle et Kergaradec note la destruction

(1) Voir Hutchinson et Jackson (*loc. cit.*, p. 133).

des nerfs olfactifs, le ramollissement et la diminution de volume des nerfs optiques. Ces mêmes nerfs, le gauche surtout, sont atrophiés dans un cas rapporté par Meyer obs. VIII). Dans un fait de Esmarck et Jessen (1), les nerfs oculo-moteurs, noueux à leur sortie du crâne, présentent une épaisseur triple de leur volume normal, et sont transformés, ainsi que le névrilemme, en une masse homogène, lardacée, constituée par une substance finement grenue. Le trijumeau gauche est hypertrophié, les nerfs acoustiques du même côté ont une coloration d'un jaune pâle. Dans un cas d'amaurose syphilitique, Dittrich (2) mentionne une transformation du nerf optique en une masse d'un gris sale, flasque, villeuse et fibreuse. Virchow a vu à la place du nerf oculo-moteur droit une masse épaisse, rougeâtre et calleuse; l'oculo-moteur gauche était tuméfié et infiltré d'un tissu rougeâtre, et les nerfs olfactifs se perdaient dans un tissu pathologique de nouvelle formation. Il serait difficile de ne pas voir dans tous ces faits, malgré des détails anatomiques assez incomplets, une altération primitive du nerf dont la trame unissante est le point de départ. Dès l'instant qu'il n'est fait mention d'aucune autre altération de voisinage, la véritable lésion, dans tous ces cas, est évidemment une névrite interstitielle. Voyons maintenant les observations où on a rencontré des lésions analogues aux gommes.

Dixon (3), dans deux cas de syphilis tertiaire, a constaté, en partie dans l'enveloppe, en partie dans la propre substance des nerfs optiques, oculo-moteur, droit externe et trijumeau, de petites masses rougeâtres ou jaunâtres très-fermes. Des dépôts analogues occupaient en même temps les membranes cérébrales et s'étendaient autour de la carotide interne et de l'artère basilaire. Rayney fit l'examen d'une de ces tumeurs qui était d'un jaune pâle, dure et presque cartilagineuse, et la trouva formée d'un tissu fibreux mélangé de matière granuleuse. Portal (4) rapporte qu'une femme depuis longtemps atteinte de syphilis (exostose) présentait au fond de l'orbite une tumeur fongueuse de la grosseur d'une fraise, adhérente au bulbe du nerf opti-

(1) Esmarck et Jessen, in *Allgem. Zeitschr. für Psychiatrie*, 1857, p. 20 et suiv. L. Gros et Lancereaux, *loc. cit.*, p. 288.

(2) *Prager Vierteljahrschr.* 1849, t. I, p. 23.

(3) *Med. Times and Gaz.*, 23 oct. 1858.

(4) *De la nature et du traitement de l'épilepsie.* Paris, 1827, p. 48.

que. Le sphénoïde était carié près du trou optique, la dure-mère adhérait aux os. La substance cérébrale était ramollie vers les éminences mamillaires; il y avait un épanchement rougeâtre dans les ventricules.

Les nerfs cérébraux sont le siége le plus habituel des localisations syphilitiques, lesquelles se montrent surtout à leur point d'émergence. Plus rares sont les lésions des nerfs rachidiens. Le sciatique, en raison sans doute de son volume et de sa vascularité, les cordons nerveux du plexus brachial, tels sont par ordre de fréquence ceux de ces organes dont les troubles ont pu être rattachés à la syphilis; mais les altérations dont ils peuvent être le siége n'ont pas encore été, que je sache, vérifiées par l'autopsie. Cependant, à en juger par l'atrophie musculaire qui les accompagne quelquefois, ces altérations ne diffèrent pas de celles dont il vient d'être question, de sorte que la description anatomique qui précède peut s'appliquer à tous les nerfs en général.

Étude symptomatique. — Une étude collective des symptômes qui correspondent aux lésions syphilitiques des cordons nerveux est difficile en raison de la différence de fonction physiologique propre à chacun de ces organes. Effectivement, à ne prendre que les nerfs cérébraux qui sont le plus souvent affectés, on voit qu'il en est, comme le moteur oculaire commun, le moteur oculaire externe, le grand oblique, dont l'altération amène invariablement, pour ainsi dire, la paralysie des muscles moteurs de l'œil; d'autres, au contraire, tels que le trijumeau, dans lesquels l'altération se traduit de préférence par des phénomènes douloureux; d'autres, enfin, tels que les nerfs optiques, qui déterminent des troubles de la vision. Cette circonstance nous conduit à étudier séparément les désordres fonctionnels relatifs à chaque paire nerveuse.

NERFS DE LA TROISIÈME PAIRE OU MOTEURS OCULAIRES COMMUNS.

Les affections syphilitiques de ces nerfs se traduisent ordinairement par de la paralysie.

La paralysie des nerfs oculo-moteurs communs ou de la troisième paire est tellement fréquente dans le cours de la syphilis, que son existence seule doit toujours éveiller l'idée de cette maladie. Les faits observés jusqu'ici se sont présentés tantôt dans le cours de la période

secondaire, ainsi qu'il arrive pour certaines hémiplégies faciales; tantôt, et le plus souvent, dans la période tertiaire. La paralysie occupait rarement les deux côtés, quelquefois même elle était limitée à une seule branche ou à un seul rameau nerveux. Un des premiers phénomènes de cette paralysie, c'est l'abaissement ou prolapsus de la paupière supérieure, sans épiphora, ce qui tient à la persistance d'action du muscle orbiculaire. Dans certains cas, la branche du muscle releveur se trouvant seule altérée, ce phénomène est unique. Mais le plus souvent les autres branches prennent part à l'altération, il existe alors un strabisme externe, et l'œil subit autour de son axe un mouvement de rotation de bas en haut et de dehors en dedans. En même temps la pupille est dilatée et l'iris a perdu sa mobilité. Quelques malades accusent en outre de la diplopie, et un certain degré de faiblesse visuelle, par défaut d'accommodation de l'œil (1).

Telle est dans son état de simplicité la paralysie syphilitique de la troisième paire; mais fréquemment cette paralysie n'est pas isolée, elle existe avec des désordres encéphaliques (2), qui, du reste, sont d'une grande utilité au point de vue diagnostique, puisquelle ne présente le plus souvent aucun caractère spécial, et que son origine n'est dévoilée que par les manifestations qui l'accompagnent.

NERFS PATHÉTIQUES OU DE LA QUATRIÈME PAIRE.

La paralysie de ces nerfs, si on s'en rapporte aux faits publiés, reconnaît assez rarement une origine syphilitique, puisqu'elle a été observée en tout deux fois : une fois par Mackensie (3) et une autre fois par de Græfe (4). A la diplopie, qui en est le symptôme capital, s'ajoute en général un léger abaissement de la cornée du côté paralysé.

Un caractère de cette diplopie, c'est que les deux images sont placées l'une au-dessus de l'autre et qu'elles persistent, quel que soit le point vers lequel les yeux convergent. Selon Follin, pour faire disparaître la seconde image, il suffit de faire incliner la tête à gauche si le grand oblique droit est paralysé, à droite si c'est le muscle grand oblique gauche.

(1) Voy. Ebrard, *Gaz. méd.* Paris, 25 févr. 1843, p. 221. — Rayer et Badin d'Hartebise, Thèse de Paris, 1849, p. 17-22. — G. Lagneau, *loc. cit.*, p. 242.

(2) Voy. les observations de Ebrard, Schutzenberger, Sandras, Ricord, Yvaren, Deval Dupré, Hérard, etc., dans Léon Gros et Lancereaux, *loc. cit.*

(3) *Traité des maladies de l'œil*, trad. franç., par Warlomont et Testelin. Paris, 1856, p. 519.

(4) *Archiv für Ophthalmologie*, t. I, 2e partie, p. 313, 318.

NERFS MOTEURS-OCULAIRES EXTERNES OU DE LA SIXIÈME PAIRE.

Observées par Rayer, Badin d'Hurtebise, Sandras (1), Mackensie, Knorre (2), Foville, Moissenet, Landry, Beyran (3), Luton (4), A. Maunier (5), les affections syphilitiques des nerfs oculo-moteurs externes se manifestent sous forme de paralysie. Comme la plupart des paralysies syphilitiques des nerfs crâniens, elles sont quelquefois précédées de douleurs qui ont leur siége habituel dans les régions temporale, sus-orbitaire et frontale du même côté, et qui dans un cas se firent sentir dans la région temporale du côté opposé. Strabisme interne ou convergent, diplopie et un certain degré de faiblesse visuelle; tels sont les principaux symptômes de la paralysie syphilitique de ces nerfs. Beyran a noté en outre le rétrécissement de la pupille avec persistance de sa contractilité, ce que Luton a voulu expliquer par une anomalie en vertu de laquelle la racine motrice du ganglion ophthalmique serait fournie par le moteur oculaire externe. L'œil se trouve porté dans l'adduction. Si la paralysie est incomplète, les efforts du malade se manifestent par de petites secousses qui rejettent le globe oculaire en dehors sans pouvoir l'y maintenir; mais si la paralysie est complète, l'œil retenu en dedans ne laisse apercevoir qu'une partie de la cornée, l'autre partie étant cachée dans le grand angle de l'œil. La diplopie n'existe qu'autant que les malades fixent les deux yeux sur un objet; avec un seul œil la vue est toujours nette. Les deux images sont parallèles ou superposées, suivant la disposition de l'objet. La guérison, qui est la terminaison ordinaire de cette paralysie, ne se fait pas attendre, en général, plus de quinze à trente jours, sous l'influence d'un traitement antisyphilitique. Il est à remarquer que toute autre médication reste sans résultat. Le pronostic est sans gravité.

NERFS FACIAUX OU DE LA SEPTIÈME PAIRE.

C'est encore par des troubles paralytiques que se traduit l'affection syphilitique du nerf de la septième paire.

(1) *Journ. de méd. et de chirurg. prat.* Paris, 1851, p. 338, et *Gaz. des hôpit.*, 30 oct. 1854.
(2) *Deutsche Klinik*, 1849, p. 60.
(3) *Union méd.*, juillet 1860, Paralysie syphilitique du nerf moteur ocul. externe.
(4) *Union méd.*, 20 sept. 1860.
(5) *Paralysie syphil. de la sixième paire* (*Union méd.*, 1861, t. II, p. 394).

L'hémiplégie faciale de cause syphilitique n'est pas extrêmement rare, puisque Ladreit de Lacharrière en signale treize cas survenus, à part quelques-uns, dans la période tertiaire, et non, comme nous l'avons vu plus haut, au début de la période secondaire. La lésion qui en est la cause est jusqu'ici fort mal connue, en raison de la rareté des autopsies. Quelques observateurs ont admis, en pareil cas, sans preuve directe, une lésion du tissu fibreux (inflammation du névrilème) ou des os (exostose ou périostose). Ménière, au rapport de Bedel, aurait constaté, sur des individus syphilitiques dont le temporal paraissait hypertrophié, le gonflement du rocher et l'altération du nerf de la septième paire ; il pourrait bien arriver aussi, ce me semble, que cette paralysie tînt à la présence de dépôts syphilitiques à l'origine des nerfs. Ordinairement précédée de douleurs vives, la paralysie faciale a un début tantôt brusque, tantôt lent et en quelque sorte progressif, ce qui semble déjà dénoter que des lésions diverses peuvent lui donner naissance. Ses caractères sont bien connus : tous les muscles de la face, d'un même côté, sont généralement paralysés, d'où la déviation de la commissure labiale, la difficulté du sifflement, de la mastication, etc., comme aussi l'impossibilité de fermer l'œil. L'orbiculaire des paupières est le plus souvent atteint dans cette forme de paralysie, qui est le fait ordinaire d'une altération du nerf lui-même. En général l'excitabilité électrique des muscles diminue ou se perd complétement. La persistance ou l'absence de ce phénomène indique si l'altération occupe le centre ou le cordon nerveux. La déviation du voile du palais est le symptôme d'une lésion voisine de l'origine du nerf.

Dans certains cas, des troubles concomitants de la sensibilité donnent lieu de croire que la cinquième paire est simultanément affectée.

La paralysie faciale syphilitique n'occupe en général qu'un seul côté de la face. Davaine (1) rapporte, d'après Ch. Bell, un seul cas de paralysie faciale double d'origine syphilitique. Ordinairement plus rebelle que les paralysies des nerfs moteurs, cette affection finit néanmoins par céder le plus souvent à un traitement approprié : c'est dire que son pronostic est sans gravité. Le nerf peut

(1) *Mémoires de la Société de biologie*, t. IV, année 1852. — Consultez : O'Conor, *Paralysie double de la face*, dans *Union méd.*, 1861, t. II, p. 160, et *Dubl. quarterly Journ.*, févr. 1861. — Maunier, *Hémiplégie faciale*, dans *Gaz. des hôpit.*, 1862, p. 27.

toutefois s'atrophier et subir une destruction plus ou moins complète; la paralysie persiste alors indéfiniment.

NERFS PNEUMO-GASTRIQUES ET SPINAUX OU DIXIÈME ET ONZIÈME PAIRES.

Il n'est jusqu'ici, à notre connaissance du moins, aucun fait positif qui indique que les nerfs pneumo-gastriques aient jamais été le siége réel d'une localisation syphilitique.

Cette lacune peut tenir aux connaissances imparfaites que nous avons des fonctions des nerfs pneumo-gastriques, à la grande facilité de confondre avec des désordres pulmonaires les troubles qui résultent de l'altération de ces nerfs, comme aussi au peu de soin que l'on met à rechercher les lésions dont ils peuvent être affectés. Quoi qu'il en soit, il y a lieu de se demander si ce n'est pas à l'altération des nerfs pneumo-gastriques ou des nerfs spinaux que doivent se rattacher certaines paralysies du pharynx, certaines affections asthmatiques (1) ou gastralgiques (2), qui ont paru céder assez rapidement à l'emploi d'un traitement spécifique.

NERFS HYPOGLOSSES ET GLOSSO-PHARYNGIENS.

L'existence d'une lésion syphilitique des nerfs hypoglosses n'est jusqu'ici nullement établie, et si, dans certains cas de syphilis, il est fait mention de la difficulté ou de l'impossibilité d'articuler les sons, ce trouble se rattache à une altération tout à fait indépendante de ces nerfs (3).

Aucun fait, que je sache, n'indique de lésion ou de troubles syphilitiques avérés du côté des nerfs glosso-pharyngiens.

NERFS TRIJUMEAUX.

Les symptômes qui se rapportent aux lésions du nerf trifacial varient non-seulement avec le degré de compression ou d'altération de ce nerf, mais encore avec la branche nerveuse affectée, car nous savons que ces diverses circonstances sont susceptibles d'être rencontrées. Des sensations diverses, des douleurs plus ou moins violentes, parfois de l'anesthésie ; tels sont, avec des troubles musculaires du côté des

(1) Voy. B. Bell, *Traité de la gonorrhée virulente et de la maladie vénérienne*. Paris, 1802, p. 638. — L. Gros et Lancereaux, *loc. cit.*

(2) Trousseau et Andral, cités par Gros et Lancereaux. *Loc. cit.*, p. 67.

(3) Voy. Lagneau, *Affect. nerveuses syphilitiques*. Paris, 1860, p. 322.

mâchoires, les désordres observés en pareil cas. Une malade de Lallemand (1) conserva, à la suite d'une hémiplégie syphilitique momentanée, des fourmillements et des engourdissements dans tout le côté droit de la face, comme si une toile d'araignée eût été appliquée sur sa peau. Une sensation semblable existait dans la moitié droite de la langue et dans le pouce droit. Un cas rapporté par Hérard et Baudot (2) fait mention d'un engourdissement de l'aile droite du nez et des parties voisines de la joue et de la lèvre supérieure.

La douleur, phénomène le plus constant peut-être, occupe en général l'une des moitiés latérales de la tête (Waton, Guérard, Rayer, Badin d'Hurtebise, Yvaren). Quelquefois elle change de côté, comme chez une malade de Guérard, où elle passa de gauche à droite ; ou bien elle se manifeste en même temps des deux côtés (Benj. Bell, Graffenauer, Cruveilhier, Yvaren). D'autres fois, elle reste limitée à l'une des branches du trijumeau, ou même à l'un des rameaux de ces branches, au rameau frontal de l'ophthalmique. Quelques auteurs, comme Plenck, Meckel, J. Frank, etc., ont admis une odontalgie syphilitique, mais sans aucun fait à l'appui. Par cela seul qu'elle est syphilitique, la névralgie trifaciale n'a pas de signes distinctifs. Plus violente au niveau de quelques points, elle s'irradie dans des directions variées ; chez une malade de Rayer, elle eut d'abord son maximum d'intensité à la tempe gauche, plus tard sur le front, puis sur le côté gauche de la racine externe du nez, suivant le trajet du rameau externe du nerf nasal qui est une émanation de l'ophthalmique de Willis. Sans vouloir insister plus longuement sur le siége de ces douleurs, disons qu'elles présentent quelquefois des paroxysmes nocturnes (Frank), et qu'elles sont, dans certains cas, accompagnées de désordres indiquant que la petite racine, ou racine motrice du même tronc nerveux, participe à l'altération. Au sujet d'une malade observée par Ozia-Aimar, et qui guérit par un traitement spécifique, il est dit : « Mandibulas frequenter agitabat (morbus), ita ut lintea continuo intra dentes habere cogeretur, quæ identidem mordebat ac dentibus conterebat. » Dans deux cas observés, l'un par Waton (3), l'autre par Schutzenberger (4), il est également fait mention d'un tremblement

(1) *Rech. anat. path. sur l'encéph.*, t. III, p. 101.

(2) *Union médicale*, 2 janv. 1859.

(3) Deux observ. de tic douloureux de cause vénérienne, *Rec. pér. de la société de médecine de Paris*, t. IV, p. 178.

(4) *Gaz. méd. de Strasbourg*, 20 mars 1850. — Lagneau, *loc. cit.*, p. 258.

de la mâchoire inférieure. On a vu l'anesthésie et l'analgésie succéder à ces désordres; c'était là sans doute l'indice d'une destruction du tronc nerveux.

Le diagnostic des lésions syphilitiques du trijumeau repose à peu près entièrement sur les commémoratifs et les antécédents des malades. Il importe aussi de tenir compte des manifestations concomitantes. Le pronostic n'est pas grave, pourvu que l'on n'intervienne pas trop tard.

NERFS RACHIDIENS.

Moins exposés que les nerfs crâniens à l'influence de la syphilis, les cordons nerveux rachidiens manifestent pourtant quelquefois des troubles de la motilité et de la sensibilité qu'il est impossible de ne pas rattacher à cette maladie. Ces troubles se montrent sous forme de contracture et de paralysie, ils simulent des névralgies, l'analgésie ou l'anesthésie.

Schutzenberger signale chez la malade qui fait le sujet d'une de ses observations une douleur de l'épaule et de l'extrémité droite, survenant sans cause connue; cette douleur est parfois accompagnée de crampes qui font incliner la tête vers l'épaule droite et d'une contracture des fléchisseurs des doigts.

Lorsque les nerfs intercostaux sont lésés, les douleurs occupent les côtés de la poitrine, comme cela s'observait chez un malade de Ebrard, qui ne pouvait dormir à cause d'une constriction et d'une pesanteur dans les parois du thorax. Piorry guérit à l'aide d'un traitement spécifique un individu qui souffrait de douleurs dans les plexus lombaire et sciatique.

On trouve dans notre traité des affections nerveuses syphilitiques (1), trois cas de névralgie sciatique depuis longtemps rebelles à toute médication et qui cédèrent comme par enchantement, quand, venant à soupçonner une syphilis, on prescrivit un traitement mercuriel et ioduré. Vandekeere (2) a relaté un cas de névralgie ilio-

(1) *Loc. cit.*, p. 63. Comparez : Cirillo, *Traité complet sur les malad. vénér.* Paris, 1803. — J. J. Plenk, *Doctrina de morb. vener.*, Vienne, 1779. — Zambaco, *Affect. nerv. syph.*, 1862. — E. Bruneau, *Sciatique syphil.* (*Gaz. des hôpit.*, 1864, p. 118).

(2) *Mém. sur les formes insolites de la syphilis*, dans *Journ. génér. de méd. et de chirurg.* de Sédillot, t. CII, p. 310. — Consultez : E. Vaulpré, *Quelques faits de névralgie syphilitique* (*Bullet. de thérapeutique*, 30 janv. 1852, et *Ann. des malad. de la peau*, t. IV, p. 137).

scrotale qui fut combattue avec succès par la liqueur de Van Swieten.

A côté des douleurs névralgiques qui se rattachent à la syphilis (1), se placent des cas de paralysie partielle, auxquels il est parfois difficile de ne pas attribuer une origine spécifique. Un homme âgé de 42 ans, traité pour des douleurs rhumatismales dans le dos, le cou et les bras, a plus tard une atrophie de la région supérieure du cou et du membre supérieur gauche avec affaiblissement des muscles de ces régions. Les eaux d'Aix en Savoie avaient dissipé les douleurs ; l'atrophie et la paralysie résistaient même aux moxas et aux vésicatoires, quand une éruption de syphilis conduisit à administrer l'iodure de potassium, et cet agent fit cesser tous les accidents (2). Un fait très-analogue est rapporté par Vidal de Cassis (3). Nous avons pu nous assurer, pour notre compte, qu'un certain nombre de paralysies partielles avec atrophie et perte de l'excitabilité électrique des muscles, dont la cause avait pu rester méconnue, provenaient en réalité de la syphilis.

Le fait suivant, qui nous a été communiqué par l'un de nos meilleurs amis (4), vient appuyer notre observation. Une femme âgée de 35 ans a contracté un chancre, il y a sept ans (1857) ; elle a eu depuis une roséole, et pendant trois mois elle fut soumise à un traitement par des pilules. Disparition complète des premiers accidents. Un an après, douleurs et gonflement du genou droit ; pendant toute l'année souffrances nocturnes; frictions inutiles. (Traitement des accidents tertiaires : 3 grammes d'iodure de potassium par jour.) Guérison après trois mois. Le traitement n'est pas continué. Les douleurs revenant quelques années plus tard, la malade reprend l'iodure de potassium. En novembre 1864, nouvelles douleurs au niveau de l'épaule gauche, l'humérus est volumineux et déformé par la présence de périostoses. Les muscles des régions sus-épineuse et sous-épineuse sont atrophiés, les muscles deltoïde et grand pectoral ont subi la même altération, ils répondent à peine à l'excitabilité électrique. Il y a exorbitisme et grande difficulté de mouvoir les mâchoires; l'œil droit, sorti de l'orbite, paraît plus ferme ; les tissus se dépriment sous les doigts, qui laissent une dépression comme dans l'œdème dur.

(1) Ajoutez aux indications ci-dessus : Franceschi, *Cas de syphilis tertiaire*, dans *Il Raccoglitore medico*, 1848; et *Gaz. méd. de Paris*, 1848, p. 614. — Leubuscher, *Deutsche Klinik*, n° 6, 1861.

(2) Niepce, *Moniteur des hôpitaux*, 1853, p. 383.

(3) *Traité des malad. vénér.*, p. 441, 1855.

(4) Le docteur Paul Rousseaux, aujourd'hui médecin distingué à Vouziers.

Le traitement ioduré est repris. Le 26 janvier 1864, cette femme continuait son traitement ; elle avait, de plus, de l'œdème aux membres inférieurs et de l'albumine dans les urines; mais plus tard son état s'améliora.

En consultant les faits de paralysie partielle rapportés par Duchenne (de Boulogne), dans son Traité de l'électrisation localisée, je me suis demandé si la syphilis n'était pas quelquefois en cause et j'ai été porté à croire qu'il en était ainsi dans quelques cas.

Au résumé, la plupart des troncs nerveux peuvent subir l'influence de la diathèse syphilitique ; mais, malgré une altération à peu près identique, chaque nerf traduit sa souffrance par des symptômes particuliers en rapport avec la fonction qui lui est dévolue.

Les nerfs cérébraux sont ceux dont l'altération est la plus fréquente, viendraient ensuite le nerf sciatique, puis les autres troncs nerveux.

Les désordres correspondants n'ayant aucun caractère distinctif, il importe pour le diagnostic de s'appuyer sur les commémoratifs des malades et de tenir compte de l'exacerbation nocturne des douleurs. Tant qu'il n'y a pas de destruction des éléments nerveux, ces affections peuvent guérir. Plus tard la guérison doit être regardée comme difficile ; elle n'est peut-être pas impossible, puisque les tubes nerveux sont susceptibles de reproduction, ainsi que l'ont établi les belles recherches de Philippeaux et Vulpian (1).

NERFS SPLANCHNIQUES.

L'histoire des viscéralgies étant jusqu'ici très-incomplète, il n'est pas étonnant que celles de ces affections qui reconnaissent une origine syphilitique soient peu connues.

Cependant nous avons pu réunir autrefois six faits où l'existence d'une altération syphilitique des nerfs splanchniques peut tout au moins être soupçonné (gastralgie, entéralgie, hépatalgie). Ces faits sont empruntés à des auteurs recommandables (Trousseau et Pidoux, Andral, Portal, Baumès), et malgré l'absence d'une démonstration anatomique, il y a lieu de croire que le trouble dont ils font mention était sous la dépendance plutôt d'une modification du nerf que d'une lésion matérielle de l'organe souffrant. Il faut convenir en tous cas, que les

(1) *Recherches expérimentales sur la régénération des nerfs séparés des centres nerveux*, dans *Mém. de la Société de biologie*, année 1859.

viscéralgies syphilitiques ne constituent pas des affections graves et sérieuses, puisqu'elles ont guéri la plupart du temps avec rapidité(1).

ARTICLE IX. — APPAREIL DES SENSATIONS SPÉCIALES.

Il a été question plus haut des affections des organes des sens qui se rattachent à la période secondaire; il nous reste à faire ici l'étude des lésions tertiaires portant sur les parties constitutives des appareils des sens. Trois de ces appareils seulement arrêteront notre attention; plus complexes que les deux autres, ils sont formés chacun par une cavité osseuse dans laquelle se trouve contenu l'organe auquel vient aboutir le nerf de sensation spéciale.

§ 1. — Appareil de l'olfaction.

La membrane muqueuse, les os, les cartilages, les nerfs olfactifs, tous les tissus, en un mot, qui concourent à la formation de cet appareil, peuvent être isolément ou simultanément affectés. Fidèle à notre plan, nous étudierons successivement les lésions propres à ces diverses parties; nous nous dispenserons d'un historique en règle, ces affections ayant été reconnues de la plupart des auteurs.

RHINITE SYPHILITIQUE ULCÉREUSE, OZÈNE SYPHILITIQUE.

Une forme des plus graves parmi les inflammations ulcératives des membranes muqueuses, est la rhinite syphilitique, affection d'autant plus sérieuse qu'elle est souvent méconnue et qu'on ne s'aperçoit de son existence que lorsqu'elle a fait des ravages irréparables. Dans le principe, le malade ressent de l'embarras dans l'une des narines, avec sensibilité et douleur fixe sur un point particulier, il présente les symptômes de l'enchifrènement et de l'état catarrhal, il expulse de temps en temps une croûte poreuse, noirâtre, teinte de sang à la surface, adhérente; un liquide séreux, inodore, à peine teinté, est sécrété en même temps que le mucus.

Jusqu'ici l'altération est superficielle. Plus profonde et plus étendue, elle donne lieu à l'écoulement permanent d'un liquide séro-sanieux d'autant plus fétide que des parties plus profondes sont affectées. Cette altération vient-elle à occuper l'orifice antérieur des fosses

(1) Voy. L. Gros et Lancereaux, *Affect. nerv. syph.* — Laboulbène, *Des Viscéralgies*. Thèse d'agrégation. Paris, 1860.

nasales, on aperçoit, en général sur la cloison ou à la face interne des ailes du nez, une croûte jaunâtre qui recouvre un ulcère arrondi et comme fongueux. Est-elle plus élevée, le rhinoscope parvient quelquefois à la découvrir; à l'aide de cet instrument, Türek a pu voir sur la face postérieure du voile du palais des ulcérations confluentes recouvertes de pus, et des végétations nombreuses au niveau de l'orifice postérieur des fosses nasales et de la paroi supérieure de l'espace naso-pharyngien. Dans trois cas observés par cet auteur, les ulcérations de l'espace naso-pharyngien étaient accompagnées d'une lésion analogue de la paroi postérieure du pharynx.

Que l'altération de la membrane de Schneider entraîne la destruction de l'os ou du cartilage sous-jacent, ou que ces parties soient primitivement lésées, on voit quelquefois des portions considérables d'os ou de cartilages dénudés se détacher et être expulsées. Le liquide qui s'écoule alors est d'un noir sale et de la plus grande fétidité. Dans ces conditions, l'odorat est affaibli ou totalement perdu, les parties qui avoisinent les ulcères se tuméfient, deviennent rouges et douloureuses, le nez change de forme, il s'affaisse et s'aplatit (nez de punais) si la cloison est attaquée. Dans d'autres circonstances, la peau qui recouvre les cartilages du nez s'enflamme d'abord ; elle reste quelque temps rouge et sensible, puis surviennent de petits ulcères qui par leur réunion ne font bientôt plus qu'une seule plaie ; les cartilages sont peu à peu détruits, et le nez prend une forme effilée un peu crochue, qui lui a valu la dénomination de nez de mouton. Ces diverses altérations, qui finissent par l'élimination des os ou des cartilages, étaient déjà connues de Baillou. Cet auteur écrit en effet (1) : « Il est une espèce d'anosmie qui vient dans le troisième temps de la vérole, lorsque l'intérieur des narines a été rongé et ulcéré. » C'est à ces altérations que s'applique la dénomination de nécrosie syphilitique, sous laquelle elles ont été décrites tout récem

A côté de ces lésions, signalons encore des tumeurs gommeuses analogues à celles que l'on observe dans le larynx ; ces tumeurs, à part les désordres directs qu'elles déterminent, sont une cause d'altération secondaire des tissus osseux et cartilagineux (3).

(1) Baillou, *Paradigma*, n° 47, et Sauvages, trad. franç., t. II, p. 213.
(2) G. Lagneau, dans *Gaz. hebdom. de médecine et de chirurgie*, p. 441. Paris, 1860.
(3) St Arroman, *Thèse de Paris*, 1858, p. 18.

Les modifications qui peuvent intéresser les nerfs olfactifs produisent ordinairement des désordres fonctionnels plus graves; mais on a rarement lieu de les observer. Parmi les faits qui établissent l'envahissement possible des nerfs olfactifs par la syphilis, nous citerons une observation de Bayle et Kergaradec (1) où il est question de la destruction de ces nerfs, un cas de Virchow où ils se trouvent comme perdus dans une désorganisation considérable du cerveau. Le travail qui nous est commun avec le docteur Gros contient des faits analogues; malheureusement les désordres fonctionnels ont été la plupart du temps mal observés. Quoi qu'il en soit, les expériences physiologiques relatives aux nerfs olfactifs sont trop explicites pour qu'on puisse se refuser à admettre que leur altération soit possible sans une anosmie partielle ou totale.

Les signes diagnostiques des affections syphilitiques de l'organe de l'olfaction varient suivant que l'une ou l'autre des lésions ci-dessus indiquées prédomine. Il est facile de reconnaître l'érythème syphilitique et les plaques muqueuses du nez ; mais il n'en est pas ainsi des ulcérations profondes et des désordres qu'elles entraînent à leur suite, bien que leur diagnostic, aujourd'hui facilité par l'emploi du rhinoscope, puisse s'appuyer sur la concomitance d'autres lésions de même ordre.

Les affections dépendantes de la morve, du farcin et de la scrofulose, se rapprochent, par quelques-uns de leurs caractères, des lésions syphilitiques dont il s'agit. Les rhinopathies morveuses se distinguent toutefois à leur début par la présence, sur la muqueuse nasale voisine de l'orifice antérieur, de petites pustules arrondies, entourées d'un cercle rosé, et plus tard par des ulcérations sanieuses différentes de celles qu'engendre la syphilis. Les lésions spéciales à la scrofulose, lentes dans leur évolution comme les accidents syphilitiques, sont plus difficiles à distinguer de ces dernières manifestations. Les commémoratifs et ce fait que les ulcérations scrofuleuses des fosses nasales succèdent le plus souvent au ramollissement de dépôts tuberculeux, sont des circonstances qui viendront en aide au diagnostic. Déjà, par les douleurs qu'elle détermine, la céphalée qui l'accompagne ordinairement (2) et l'odeur infecte qu'exhalent

(1) *Nouv. Bibliothèque méd.*, févr. 1823.

(2) Fréd. Hoffmann, t. III, p. 442 et p. 198. — B. Bell, t. II, p. 146. — Lagneau, *Gaz. hebd.*, p. 441, 1863.

les fosses nasales, la rhinonécrosie syphilitique ne peut être confondue avec la rhinonécrosie typhique dont elle diffère du reste par sa marche et par la nature des manifestations antécédentes ou concomitantes. Ces manifestations constituent à peu près la seule donnée qui puisse servir à reconnaître l'anosmie syphilitique provenant d'une altération des nerfs olfactifs.

Si les affections nasales syphilitiques ne sont pas par elles-mêmes extrêmement graves, il faut savoir néanmoins que, lorsqu'elles sont profondes et qu'elles attaquent les os, elles peuvent être suivies d'une résorption putride ou purulente, ou tout au moins d'une déformation du nez et d'une gêne des fonctions de la respiration.

§ 2. — Appareil de la vision.

LÉSIONS DES VOIES LACRYMALES.

G. Lagneau, Malad. syphil. des voies lacrymales, *Archives de médec.*, t. I, 1855. — Bourgeois, *Presse médicale belge*, 5, 1863, in Schmidt's *Jahrb.*, p. 233, n° 8, août 1864. — Zeissl, Ueber syphilitische Erkrankung. d. Thränenwege. Wien. Wochenblatt, XVII, 11, 12, 1861, et Constitutionn. Syphilis. Erlangen, 1864.

Les lésions syphilitiques des glandes conglomérées ne sont pas communes; cependant nous avons vu plus haut que la glande sous-maxillaire pouvait être touchée par la syphilis. Le docteur Châlons (1) a rapporté un cas d'altération de la glande lacrymale survenue sous l'influence de cette même cause.

Un individu qui avait contracté un chancre eut successivement un gonflement des ganglions lymphatiques, une iritis, un coryza ulcéreux et un gonflement des deux glandes lacrymales. Ce gonflement était devenu peu à peu si considérable, qu'il formait sur le côté externe du globe de l'œil une saillie surprenante et bizarre, bien plus considérable encore à droite qu'à gauche. La paupière supérieure pendait comme un sac devant l'œil et présentait une coloration légèrement rouge, surtout dans sa moitié externe. Son mouvement d'élévation était néanmoins peu entravé. Lorsqu'on explorait la tuméfaction avec le doigt, on sentait le bord de la glande lacrymale tuméfiée

(1) Châlons de Luxembourg, *Adenitis lacrymalis syphilitica* (*Preuss vereins Zeitung*, n° 42, 1859).

proéminer le long de la fosse lacrymale. Le gonflement n'était pas douloureux et n'occasionnait d'autre incommodité qu'un léger degré de pression et de tension. On ne pouvait observer aucun trouble dans les fonctions de la glande lacrymale. Des frictions avec l'onguent gris furent prescrites. Le coryza, l'angine, le gonflement de la glande lacrymale se modérèrent vers le troisième ou le quatrième jour, et même cette dernière diminua de volume d'une manière si sensible, qu'on ne put douter d'une action spécifique exercée par l'onction mercurielle. Le malade, après l'usage d'une once d'onguent mercuriel, fut complétement guéri.

Les voies lacrymales et le canal nasal en particulier sont généralement moins épargnés, en raison sans doute de leur structure fibro-osseuse. Boerhaave, Saint-Yves, Astruc, Fabre, Gardanne, Hunter, Plenck, Swediaur, Wenzel, Demours, Boyer, Chélius, Walter, Cloquet, Lagneau père, Velpeau, Tavignot, Yvaren ont signalé l'existence d'affections syphilitiques de ces parties qu'ils ont presque tous rattachées à une lésion osseuse. B. Bell, Petit-Radel et Jourdan parlent de fistules lacrymales d'origine syphilitique. Tout récemment, Lagneau fils a publié sur la matière un excellent mémoire (1), auquel j'emprunterai une partie des détails qui vont suivre, et, depuis lors, Zeissl, Bourgeois, ont ajouté quelques nouveaux faits à ceux déjà connus.

Les désordres syphilitiques des voies lacrymales ont pour point de départ, ou bien l'inflammation de la conjonctive, ou bien une lésion osseuse, et cette différence d'origine implique une différence dans l'époque de leur apparition et dans les moyens locaux de traitement. Celles de ces affections qui résultent d'une modification de la membrane muqueuse du sac ou des conduits lacrymaux apparaissent d'ordinaire dans la période exanthématique de la maladie, en même temps que l'érythème des muqueuses nasale et oculaire; mais on les voit encore venir plus tardivement, à la période tertiaire. A cette période se rapportent les lésions osseuses.

Un boursouflement plus ou moins considérable constitue le principal phénomène qui se lie à l'altération de la membrane muqueuse; plus tard, cette membrane finit par s'ulcérer, et de là des brides et un rétrécissement plus ou moins considérable dans un des points des voies lacrymales; souvent même épiphora consécutif. Si elle a pour

(1) *Arch. de méd.*, t. I, p. 536, 1857. Ce mémoire contient dix observations dont deux sont personnelles à l'auteur.

siége le canal nasal, cette altération peut amener à sa suite une tumeur susceptible de se terminer par une fistule. Les lésions osseuses, (périostose, exostose, carie ou nécrose) affectent l'os unguis ou l'apophyse montante des os maxillaires supérieurs, quelquefois l'apophyse angulaire du coronal, et alors, à la partie interne ou inférieure du bord de l'orbite, on constate, à l'aide du doigt ou au moyen du cathétérisme du canal nasal, un gonflement dur, résistant, osseux, qui met le plus souvent sur la voie du diagnostic.

La possibilité de guérir à l'aide d'un traitement spécifique les affections syphilitiques des voies lacrymales rend leur pronostic moins grave que celui des lésions analogues qui n'ont pas la même cause. Dans le cas d'oblitération consécutive à une cicatrice de la muqueuse, il est évident qu'il convient d'ajouter un traitement local au traitement général.

LÉSIONS DES PAUPIÈRES.

Les paupières sont diversement affectées par la syphilis. Cullerier, Mackensie (1), Ricord (2), ont vu des chancres des paupières produits par des baisers ou par les doigts d'une personne infectée ; un fait du même genre a été mis à notre connaissance par le docteur Alph. Desmarres. Le chancre des paupières est généralement induré et accompagné, comme dans le cas observé par Ricord, d'adénopathies préauriculaires et sous-maxillaires, ce qui constitue un signe précieux pour un diagnostic exact. L'importance de ce diagnostic est grande, car on conçoit combien fâcheuse serait une erreur qui conduirait à enlever ce chancre dans l'idée qu'il s'agit d'un épithélioma.

Dans la période secondaire, les lésions syphilitiques de la conjonctive sont constituées par de petites taches circonscrites, saillantes, non vasculaires, les unes d'un gris rougeâtre, les autres jaunâtres ou cuivrées. Ces taches, comme nous l'avons dit plus haut, ne diffèrent pas des taches éruptives de la peau, avec lesquelles elles peuvent coexister.

Dans la période tertiaire, la surface externe des paupières est quelquefois le siége d'une syphilide ulcéreuse ou même serpigineuse, qui, par la rétraction cicatricielle qu'elle détermine, est susceptible

(1) *Traité des maladies de l'œil*, trad. franç. de Warlomont et Testelin, t. I, p. 174. Paris, 1856.

(2) *Lettres sur la syphilis*, 2e édit.

d'amener un ectropion. Cet accident, on le conçoit, peut encore survenir à la suite des tumeurs gommeuses.

Lawrence dit avoir vu, dans la syphilis, les paupières tendues et douloureuses, couvertes d'ulcérations arrondies grisâtres dont le point de départ avait été un tubercule cutané. Il importe de ne pas confondre ces ulcérations avec les ulcères cancéreux.

Les lésions tertiaires, occupent le plus souvent une partie plus ou moins considérable de l'épaisseur des paupières, rarement elles se limitent à la conjonctive. Une altération gommeuse de la conjonctive a été rapportée par le professeur Magni de Bologne (1); mais néanmoins, malgré l'autorité justement acquise de cet ophthalmologiste, cette observation que voici, ne paraît pas à l'abri de toute contestation. Il s'agit d'une jeune fille de 18 ans, qui, à la suite d'une blennorrhagie et d'ulcères, eut une éruption cutanée et une iritis. Six mois plus tard, œdème des paupières, larmoiement, douleurs étendues aux deux yeux, continues, avec exacerbation nocturne; photophobie, qui n'est pas constante, mais qui augmente d'intensité par moments. Plusieurs tumeurs du volume d'une tête d'épingle et d'une lentille, de forme hémisphérique, sont situées sous la conjonctive et participent à ses mouvements, à l'exception de l'une d'elles qui repose sur le périmètre de la cornée. Ces petites tumeurs sont d'une couleur blanchâtre à leur pointe et rouge à leur base. Dans les espaces libres de la conjonctive, il existe une injection des vaisseaux radiés qui forment des groupes ayant chacun pour centre une de ces tumeurs, et le tout ressemble beaucoup aux exsudats qu'on observe dans la conjonctivite scrofuleuse. Ces tumeurs augmentant avec une grande rapidité, le professeur Magni se décida à faire l'excision de l'une d'elles, et il constata à l'examen microscopique une quantité de jeunes cellules au milieu d'une masse granuleuse. Un traitement spécifique parvint à faire disparaître au bout de plusieurs mois seulement ces nouvelles productions.

La lenteur de la guérison et l'absence des lésions gommeuses, voilà pour nous les points litigieux qui nous engagent à attendre d'autres faits avant de nous prononcer définitivement sur la nature de cette lésion.

(1) *Kerato-conjunctivitis*, in *Giornale d'oftalmologia italiano*, 1863 et *Annales d'oculistique*, t. I, p. 118, 1864. — Voy. J. Windsor, *British med. Journ.*, 3 juin 1865.

LÉSIONS DE LA CORNÉE (KÉRATITE INTERSTITIELLE CHRONIQUE).

L'ulcère syphilitique des paupières, quand il se prolonge jusqu'à la cornée, peut altérer cette membrane; mais, en dehors de ce cas, la cornée subit parfois les atteintes plus directes de la syphilis. Hutchinson a montré qu'une variété de kératite chronique, propre à l'enfance, se lie incontestablement à la syphilis et non pas à la scrofule, ainsi qu'on avait pu le supposer. Rare dans les cas de syphilis acquise, cette affection est, au contraire, une manifestation fréquente de la syphilis héréditaire, et, pour ce motif, nous nous proposons d'en donner la description plus loin.

Avec l'iritis tardive coexiste quelquefois une variété de kératite caractérisée par la présence de petits points blanchâtres, circonscrits à la face postérieure de la cornée (kératite pointillée profonde); mais cette altération ne peut nous arrêter, pas plus que les affections de la choroïde, qui ont été étudiées ailleurs (voyez p. 193).

LÉSIONS DES NERFS OPTIQUES ET DES RÉTINES. — AMAUROSES SYPHILITIQUES.

Les lésions syphilitiques qui ont pour conséquence l'amaurose, c'est-à-dire l'abolition plus ou moins complète de la vision, peuvent se rattacher à trois chefs, suivant que le système osseux, les nerfs optiques ou l'encéphale sont plus particulièrement intéressés. J. de Vigo, L. Botal, citent des cas d'amauroses syphilitiques consécutives à des lésions des os. « Visum fuit, dit Boerhaave, lamellam ossis cuneiformis quæ ibi crassa est, exostosi laborasse, unde compressus fuit nervus opticus, et unde etiam amaurosis orta fuit, integris licet cerebro et nervis (1). »

Janin rapporte une observation d'ulcère rongeur syphilitique des yeux (2); Astruc n'a laissé que des données fort vagues sur ce sujet; Delpech a vu un cas où la carie du sphénoïde produisit la cécité. Jusqu'ici on ne reconnaît d'autre amaurose que celle qui est consécutive à une altération du système osseux. Les faits de cette catégorie (3) ne sont pas sans intérêt du reste, ils s'observent encore de nos

(1) *Prælectiones publicæ de morbis oculorum.* Parisiis, 1748, pars II, cap. III, p. 97.

(2) *Mém. et obs. sur l'œil*, p. 354. Lyon, 1772.

(3) Comparez pour les lésions du crâne ou de l'orbite : Demours, Sardaillon, Ballonius, Tacheron, Prost, Lallemand et Verdier, Ch. Bedel, Guérard, Hérard et Baudot, etc. dans les ouvrages cités de G. Lagneau, de Gros et Lancereaux. — Demarquay, *Traité des tumeurs de l'orbite.* Paris, 1861.

jours. Les accidents qu'ils déterminent diffèrent, suivant que la localisation anatomique atteint l'orbite ou siége à l'intérieur du crâne ; les lésions syphilitiques de l'orbite produisent souvent l'exophthalmie, les lésions plus profondes ne causent guère que des phénomènes de compression sur le nerf optique. Des observations récentes ont prouvé que la syphilis est susceptible d'avoir une action plus directe sur l'appareil nerveux optique, et, grâce à l'ophthalmoscope, nous pouvons aujourd'hui diagnostiquer ces faits.

Dans le cas cité de Bayle et Kergaradec, où plusieurs tumeurs syphilitiques occupaient la base du cerveau, les nerfs optiques étaient réduits à la moitié de leur volume normal, et si mous qu'ils se brisaient au contact. Dans un fait assez semblable rapporté par Courtin, le nerf optique gauche était, depuis le chiasma jusqu'au trou optique, pulpeux, rougeâtre et presque confondu avec des produits inflammatoires des méninges ; la moitié gauche du chiasma et la bandelette optique correspondante étaient diffluentes, diminuées de volume et à peine distinctes. Dittrich a vu les nerfs optiques transformés en une masse grisâtre, villeuse et fibreuse. Portal a constaté l'existence d'une tumeur fongueuse du volume d'une fraise qui adhérait au bulbe du nerf optique. On retrouve ici, par conséquent, les deux formes anatomiques propres à la syphilis. Ce n'est pas tout, le nerf optique s'altère et s'atrophie quelquefois consécutivement à certaines lésions des hémisphères. Notre observation XXX est un exemple de cette modification secondaire, qui nous paraît avoir été plusieurs fois méconnue.

Les désordres qui se rattachent à ces diverses altérations se traduisent par des signes physiques à peu près identiques et par des troubles fonctionnels fort peu différents. Au début de l'affection, alors que le malade ne s'aperçoit que d'une faiblesse légère de la vision, l'examen ophthalmoscopique révèle déjà une modification dans la papille optique; les veines sont gonflées, tortueuses, les vaisseaux capillaires sont plus abondants, il y a une injection manifeste, une sorte d'œdème ; plus tard, les artères diminuent de volume, le champ papillaire, un peu agrandi, à bords mal circonscrits et grisâtres, se rétrécit, sa coloration change, de rosée ou grisâtre, elle devient blanche, c'est ce qu'on appelle l'atrophie blanche de la papille. Cette atrophie, à la vérité, peut reconnaître beaucoup d'autres causes que les altérations dont il s'agit ; mais néan-

moins son existence doit éveiller l'idée de la possibilité d'une lésion syphilitique des nerfs optiques ou de l'encéphale.

Dans ces conditions la vue faiblit peu à peu, d'une façon pour ainsi dire progressive, et finit par se perdre quelquefois complétement; dans le cas de lésion secondaire (tumeur intra-crânienne, obs. XXX), il peut y avoir hémiopie pendant un certain temps.

Savoir distinguer chacune des manifestations dont il vient d'être question, affirmer d'après l'examen ophthalmoscopique et le désordre fonctionnel qu'il s'agit d'une lésion directe ou indirecte, d'une altération primitive des os, des nerfs optiques ou de l'encéphale, n'est pas toujours chose facile; heureusement, cette distinction a peu d'utilité, puisque la même indication thérapeutique répond à chacun de ces cas.

L'important dans ces conditions est de savoir remonter à l'origine syphilitique du mal. Or, pour y arriver, il faut une étude approfondie du malade, car c'est d'après les antécédents, les lésions concomitantes, et aussi d'après la marche de l'accident dont il s'agit, qu'il est possible d'arriver à porter un diagnostic, sinon précis, du moins très-probable.

Le pronostic des amauroses syphilitiques est grave. Ces affections étant à peu près incurables, lorsqu'il y a atrophie de la papille optique, il importe, on le conçoit, de faire intervenir de bonne heure un traitement approprié.

§ 3. — Appareil de l'audition.

La surdité syphilitique est depuis longtemps connue : Paré en fait mention (1); Boerhaave rapporte le cas d'un individu qui, sous le coup de la syphilis, fut frappé tout à la fois de surdité et de cécité; Van Swieten indique la cophose comme résultat de certains ulcères du pharynx causés par le mal vénérien, et il ajoute : « Quelquefois ces ulcères, qui s'étendent lentement, suivant leur coutume, parcourent toute la longueur de la trompe d'Eustache et détruisent complétement l'oreille interne. Un ichor dégoûtant s'écoule par l'oreille interne chez les malheureux dont la gorge a été rongée à ce point par cette cruelle maladie (2). »

(1) *Œuvres complètes*, liv. XIX, ch. XL, p. 467. Lyon, 1652.

(2) *Commentar. in Boerhaavii Aphorism.*, t. V, p. 369. — Comparez : Plenk, *De morbi venerei doctrina*. Venise, 1793. — Swediaur, *Traité complet de la mal. vénér. ou syphilitique*. Paris, 1801. — Cullerier neveu, *Journ. de méd.*

Astruc parle dans les termes suivants des affections syphilitiques des oreilles : « La vérole, enfin, cause quelquefois la dureté d'ouïe et même la surdité, soit parce que les osselets ont été détruits par la carie, ou du moins parce qu'étant enflés ils sont devenus incapables d'exécuter leurs fonctions ordinaires, soit parce que les nerfs acoustiques sont obstrués par des esprits trop grossiers, ou comprimés par des artères trop gonflées, par des nodus et des ganglions formés auprès, par des exostoses survenues dans les os qu'ils traversent, etc. (1). » Leschevin (2) a publié sur ce sujet une observation qui, sans être absolument démonstrative, mérite néanmoins d'être rappelée. « Un jeune homme de 27 ans, après avoir eu des chancres vénériens, traités palliativement au commencement de l'année 1757, commença à sentir, dans l'oreille droite, des douleurs fort aiguës ; quelque temps après parut un écoulement sanieux par le conduit auditif, et, la douleur diminuant, le malade se crut guéri. Quelques mois s'étant écoulés, les douleurs se renouvelèrent et devinrent même plus fortes qu'elles n'avaient encore été. Enfin elles furent suivies de délire, ou plutôt d'une véritable manie que rien ne put apaiser, et que la mort termina en janvier 1758. Le conduit auditif était sain, mais le fond de la caisse était percé et comme criblé par la carie ; toutes les cavités du labyrinthe et une grande partie de la surface du rocher dans l'intérieur du crâne, étaient cariées et vermoulues. »

La surdité syphilitique, au dire de Swediaur, serait causée par des altérations des os, par des abcès du cerveau, ou par des ulcères qui affectent les orifices des trompes d'Eustache. A ces lésions B. Bell ajoute l'éruption pustuleuse du méat et du conduit auditif externe. Larrey (3), Itard (4), ont cité des observations de surdité syphilitique tenant à l'altération de l'oreille interne. Vering (5) et J. Frank disent avoir vu

de Sédillot, 1814, XLIX, p. 202. — Itard, *Trait des mal. de l'oreille*, 1821, t. II, p. 185. — Dominel et Leprestre, *Arch. de méd.*, mars 1830. — Deleau, *Rech. sur les mal. de l'oreille*. Paris, 1838 (obs. 12). — Davasse, dans *Thèse de Dumoulin*. Paris, 1848, p. 44. — Ricord, *Clinique iconograph.*, 1851, pl. XXIV, obs. et fig. III. — Lasègue, *Arch. de méd.*, mai 1858, p. 603. — Lagneau père, *Obs. rapportée par* Lagneau fils, dans (*Maladies syphilitiques du système nerveux*, p. 511.

(1) *Loc. cit.*, t. IV.

(2) *Sur la théorie des maladies de l'oreille*, etc., 1763, dans *Prix de l'Académie royale de chirurgie*, t. IV, p. 115. Paris, 1819.

(3) *Mémoires de chirurg. militaire*, t. II, p. 444.

(4) *Traité des maladies de l'oreille*, 1821, t. I, p. 283 et 400.

(5) *Aphorismes*, etc., p. 16, 22, 34.

des faits du même genre. « Il résulte des observations d'otite interne recueillies par moi, écrit ce dernier, que cette affection atteint le plus ordinairement les individus syphilitiques qui sont exposés aux injures extérieures et au refroidissement (1). » D'un autre côté, Kramer (2) prétend qu'il n'est pas prouvé que la syphilis soit jamais une cause active d'altération des nerfs acoustiques. Lagneau et Gibert ont rapporté des exemples de surdité syphilitique, sans spécifier quel pouvait être le point de départ de ce désordre. Dans un article intéressant sur les maladies de l'oreille (3), Triquet admet une forme d'otite syphilitique, à début insidieux et à évolution lente, caractérisée par la présence de pustules ayant leur siége sur la membrane du tympan, dont elles produisent la perforation dans quelques cas. Des douleurs nocturnes et un état cachectique accompagnent cette affection. Mais, comme l'otite observée par Triquet s'est rencontrée pendant la période secondaire, il y a lieu de croire que cet auteur a confondu la chloro-anémie de cette période avec la cachexie de la période tertiaire ; aussi la description qu'il donne paraît-elle se rapporter uniquement aux éruptions de la muqueuse du conduit auditif externe. A l'exemple de la plupart de ses devanciers, Triquet ne fournit du reste aucune observation, de telle sorte que les acquisitions touchant la syphilis de l'oreille consistent à peu près uniquement en des assertions qui, bien qu'émises par des hommes recommandables et du plus haut mérite, ne peuvent suffire à la construction de l'édifice scientifique. Or, ce qu'il faut en pareil cas, ce sont des faits, preuves matérielles sans lesquelles l'édifice ne pourrait s'élever.

Le champ des lésions syphilitiques de l'appareil de l'audition n'est donc pas jusqu'ici suffisamment exploré ; de nouvelles recherches sont à faire ; mais, en attendant, voici un résumé de l'état des connaissances actuelles.

LÉSIONS DE L'OREILLE EXTERNE.

Nous avons dit tout à l'heure que Triquet avait constaté la présence de pustules à la surface de la membrane du tympan. Vidal a eu l'occasion d'observer des cas où ces pustules occupaient les deux con-

(1) *Traité de patholog. interne*, trad. fr., t. IV, p. 22.
(2) *Traité des maladies de l'oreille*, trad. fr. de Ménière, p. 34. Paris, 1848.
(3) *Journ. de méd. et de chirurg. prat.*, juillet 1863, p. 306.

duits; on voyait d'un côté un léger suintement et une plaque saillante, de l'autre côté le conduit auditif était exulcéré, d'un rouge obscur ou brun, et il y avait un écoulement par l'oreille; l'audition n'était en rien altérée. B. Bell indique aussi le développement de pustules sur ces mêmes points. Baumes signale la dureté de l'ouïe et des écoulements d'un jaune verdâtre. Des ulcérations ayant le caractère syphilitique ont été notées par plusieurs auteurs : les unes, faciles à voir, occupaient l'entrée du conduit auditif; les autres, plus profondément placées, ne pouvaient être découvertes qu'à l'aide du *speculum auris*. Ces dernières ont pu quelquefois amener la perforation de la membrane du tympan (1). Ainsi le conduit auditif externe peut devenir le siége de la plupart des manifestations cutanées de la syphilis, sans en excepter les plaques muqueuses, qui de toutes ces manifestations sont les plus fréquentes, et qui se couvrent parfois de végétations molles et fongueuses.

LÉSIONS DE L'OREILLE MOYENNE.

Indépendamment des cas où l'oreille moyenne peut être altérée par l'extension des lésions syphilitiques du pharynx, on peut rencontrer l'inflammation directe de la caisse. Dans un fait rapporté par Betz (2), la membrane du tympan est épaissie, perforée dans presque toute sa moitié inférieure; le marteau, à peine reconnaissable, adhère par son extrémité inférieure, à l'aide d'une fausse membrane, à la paroi de la caisse; le promontoire est déformé, la cavité de l'oreille moyenne renferme du pus, la muqueuse est partout épaissie et infiltrée, mais elle n'est pas ulcérée. Quoique ce fait laisse quelque doute sur le point de départ de l'altération, il y a néanmoins lieu de penser que la cavité de l'oreille moyenne, en raison même de la texture de ses parties, est favorablement disposée à subir l'influence de la syphilis, et qu'aux lésions consécutives il convient d'ajouter des lésions directes pouvant amener la surdité.

LÉSIONS DE L'OREILLE INTERNE.

Soit difficulté d'examen, soit défaut d'observation, aucun fait n'in-

(1) Kramer traduit par Ménière, *loc. cit.*

(2) Betz, *Vollstandige Taubheit nach Syphilis*, *Mémor.*, VIII, 5, 1863, et *Schmidt's Jahrb.*, t. CXVI, p. 346.

dique jusqu'ici quelles modifications peuvent subir les parties molles de l'oreille interne dans la syphilis : tout ce que l'on sait, c'est que des lésions osseuses, exostoses ou caries, sont, en pareil cas, les causes habituelles de la surdité. Déjà signalées par Astruc, ces causes ont été indiquées par Valsalva et par d'autres auteurs (1). Ménière cite en outre plusieurs cas de lésions syphilitiques de l'oreille caractérisées par un épaississement du périchondre ou par l'hypertrophie du temporal (2).

Outre les influences qu'il subit de la part du système osseux, le nerf auditif est parfois directement atteint, souvent même avant sa sortie de la boîte crânienne. Chez un malade de Rayer (3), la surdité avait pour cause originelle très-probable une tumeur lardacée du volume d'un œuf de pigeon, qui s'était développée dans la fosse du rocher. Les cas de ce genre sont toutefois peu communs. Dans les observations 109 et 129 de notre *Traité des affections nerveuses syphilitiques*, la surdité paraît bien encore avoir pour origine une lésion intra-crânienne; mais dans un cas il y eut guérison, et dans l'autre il n'est pas dit que les nerfs acoustiques fussent attaqués.

Au résumé, le conduit auditif externe et la trompe d'Eustache deviennent quelquefois le siége d'éruptions papuleuses ou ulcéreuses pouvant gêner plus ou moins les fonctions de l'organe. Ces éruptions, qui font généralement partie de la période secondaire, ne diffèrent pas des manifestations syphilitiques de la peau et des muqueuses. L'oreille moyenne, l'oreille interne et le nerf auditif, bien que susceptibles de modifications primitives et directes, sont, le plus souvent peut-être, affectées par suite d'une altération du rocher. Cette conclusion est tout au moins la conséquence des faits connus.

Des lésions aussi diverses donnent nécessairement lieu à une symptomatologie variable ; mais nous ne pouvons faire mention que des symp-

(1) Valsalva, *De aure humana tractatus*, 1707.— Comparez : Al. Trajan Pétrone, *Aurium et oculorum læsiones*, in *De morbo gall. tract.*, 1728. — Fabre, *Traité des mal. vén.*, Paris, 1773, p. 185. — John Pearson, *Observ. on the effects of various art. of the materia med. in the cure of the lues venerea*. London, 1807. — Larrey, *Mém. de chirurg. et Camp. milit.*, t. II, 442, 1812. — Delpech, *Chirurg. cliniq. de Montpellier*, t. I, 1823. — Courty, *Clinique de Montpellier*, 1er février 1844. — Landry, *Gaz. hebd. de méd. et de chirurg.*, 11 mars 1859.

(2) Bedel, *Thèse de Strasbourg*, 1851.

(3) *Ann. de thérapeutique et de toxicologie*, déc. 1847.—Comparez : Briquet, *ibid.*, avril 1847. — Guarinoni, *Consilia medicinalia*, Venetiis, 1610, p. 27 à 44.

tômes les plus communs. Le tintement d'oreilles déjà signalé par Gabriel Fallope, qui prétend l'avoir observé le premier, a été noté depuis par A. Paré et beaucoup d'autres auteurs. Il n'est en général que le commencement de la surdité, comme dans un fait rapporté par Ad. Genselius (1) ; à sa suite, il y a ordinairement abolition plus ou moins complète de l'ouïe. Le plus souvent unilatérale quand il y a altération des os ou du pharynx, la surdité se manifeste d'autres fois des deux côtés. Des douleurs plus ou moins violentes avec exacerbations nocturnes se font quelquefois sentir au niveau de la région des oreilles. A ces symptômes il faut ajouter ceux qui résultent de la présence de lésions matérielles du côté des os ou du pharynx : tuméfaction, trajets fistuleux au niveau de l'apophyse mastoïde, destruction plus ou moins étendue du pharynx et de la trompe d'Eustache.

Ces différents désordres sont à peu près les seuls signes capables de diriger le médecin dans le diagnostic des affections syphilitiques des oreilles; c'est dire que ce diagnostic se fonde, non sur le trouble fonctionnel de l'ouïe, mais sur la connaissance exacte des manifestations concomitantes. En l'absence de ces manifestations, lorsqu'il s'agit de surdités dépendantes d'une lésion profonde des os ou d'une modification des nerfs auditifs, les douleurs ostéocopes et la coexistence de points névralgiques ou de paralysies localisées sont des circonstances qui pourront éclairer le médecin. Relativement au diagnostic différentiel, mentionnons l'existence d'une suppuration assez habituelle comme pouvant servir à caractériser les affections scrofuleuses, l'absence de suppuration et d'ulcères des muqueuses comme indiquant plutôt la nature rhumatismale de ces mêmes affections.

Le pronostic des lésions syphilitiques de l'oreille varie nécessairement avec le siége, l'étendue et la nature de la modification organique. Limitées au conduit auditif externe, ces lésions sont peu sérieuses, et n'ont d'autre inconvénient que de pouvoir amener la perforation du tympan. Elles sont plus graves quand l'inflammation, venant à s'étendre à l'oreille moyenne, produit l'exfoliation des osselets, etc. Avec des lésions osseuses, une otite profonde, l'ouïe est plus compro-

(1) *Academiæ Cæsareæ Leopoldino-Carolinæ nat. cur. Eph.* 1717. A propos d'un vénérien qu'il soignait, cet auteur dit : « Incipit laborare cum cephalalgia imprimis « nocturna lancinante contumacissima, tinnitu aurium continuo et tandem surdi- « tate. » Centuria XI, obs. 84, p. 349.

mise encore; elle ne l'est pas moins lorsque le nerf auditif est primitivement ou secondairement affecté.

Dans tous les cas, lorsqu'il s'agit d'un appareil aussi délicat que l'appareil de l'audition, c'est de la célérité qu'il faut dans le traitement; sinon on risque de voir apparaître des lésions irrémédiables. Ce qu'on appelle le coup d'œil médical est certes quelque chose en pareille occurrence.

CHAPITRE V

MODES D'ÉVOLUTION. — DURÉE. — TERMINAISONS. — RÉCIDIVES. — TRANSFORMATIONS. — COMPLICATIONS.

L'étude de l'évolution de la syphilis n'est pas la partie la moins intéressante de son histoire, et, bien que nous nous soyons attaché, dans la description qui précède, à suivre cette maladie dans sa marche progressive, il n'est pas inutile de revenir ici sur l'ordre de succession et sur la filiation de ses phénomènes. D'un coup d'œil rapide nous allons en suivre le développement et l'enchaînement.

Le virus syphilitique, mis en contact avec l'économie, a pénétré par la porte que la science ou le hasard lui a ouverte : l'absorption se fait, il s'avance insensiblement jusqu'aux parties les plus profondes de l'organisme qu'il impressionne tout entier. En même temps, subissant le travail d'une sorte de conception mystérieuse, il se modifie, se développe, et bientôt sa présence et ses effets s'accusent à l'extérieur par une première manifestation.

Au point contaminé apparaît une lésion dite primitive, accident tout local d'abord, mais qui bientôt s'accompagne d'autres manifestations, et surtout d'adénopathies multiples et indolores.

Après un temps d'arrêt ordinairement assez court, flottant entre six semaines et deux mois à partir du début de l'accident primitif, on voit survenir, dans le plus grand nombre des cas, des éruptions de la peau et des membranes muqueuses, éruptions disséminées et générales qui ont pour caractère d'être superficielles, de ne laisser aucune trace appréciable de leur passage, de se montrer par poussées successives d'une durée de un à plusieurs mois, laissant entre elles un intervalle de temps ordinairement très-variable, en vertu des conditions indi-

viduelles et surtout des causes occasionnelles diverses auxquelles se trouvent subordonnées ces manifestations ou leurs récidives. Les choses se passent ainsi pendant tout le cours de la période d'éruption générale ou des localisations secondaires. Savoir quelle est l'étendue de cette période est un point difficile à préciser. On peut dire néanmoins que la durée de cette importante phase de la syphilis est de plusieurs mois à quelques années. Les accidents tertiaires se manifestent rarement en effet avant la fin de la première année, de sorte que la période des accidents secondaires peut avoir une durée de six à huit mois environ, du moins chez l'adulte, car, chez l'enfant, la succession de ces accidents est plus rapide. Cependant, des récidives de syphilide rubéolique ou papuleuse se montrent quelquefois après un, deux, ou même trois ans à partir du commencement de la maladie, quand aucune lésion gommeuse profonde n'est encore apparue. Dans ces cas la période secondaire peut avoir une durée de deux ou trois années ; mais il n'est pas commun de la voir se prolonger beaucoup au delà de cet espace de temps.

Les accidents qui suivent, ou accidents tertiaires, n'anticipent pas en général sur les accidents secondaires, à part quelques cas de syphilis grave où on les voit apparaître en même temps que ces derniers. Le plus souvent il y a entre les deux périodes un temps d'arrêt qui peut varier entre quelques mois et plusieurs années, dix et vingt ans. Pendant ce moment de repos, l'organisme malade a subi peu à peu et sans que rien trahisse sa souffrance, une modification de plus en plus profonde, qui va se traduire par des modifications notablement différentes de celles qui précèdent. C'est alors qu'il ne faut pas se hâter trop de croire à une guérison qui pourrait être trompeuse. Il importe de savoir que cette dernière phase de la syphilis ne marche aussi que par saccades : à un accident en succède un autre, entre lesquels la santé reste le plus souvent parfaite. Cette suspension des localisations syphilitiques tertiaires dure-t-elle depuis plusieurs années, 10, 20 ans et même davantage, il y a ce que certains auteurs ont appelé l'*état latent* de la syphilis, état pendant lequel ils admettent généralement que le principe actif de la vérole sommeille, puisqu'il ne décèle sa présence par aucun signe apparent. Nous ignorons si pour ces auteurs ce principe actif est synonyme de virus ; mais nous ferons remarquer que c'est précisément dans la dernière période de la maladie, quand le sang et les produits morbides ne sont plus inoculables, que l'on

observe ces intermissions si fréquemment trompeuses, et après lesquelles on est étonné de voir reparaître, à l'occasion de la cause souvent la plus insignifiante, les symptômes d'un mal qu'on croyait à tout jamais éteint. Cette marche singulière, insidieuse, qui a son analogue dans les maladies constitutionnelles et qui appartient encore à la syphilis héréditaire, n'a pas échappé à l'attention des plus grands praticiens. Astruc, Sanchez, Rosen, Fabre et bien d'autres observateurs l'ont reconnue. J.-L. Petit disait à propos de la vérole : « On peut avoir cette maladie pendant 20 ans, sans qu'elle se montre de manière à ne pas douter de son existence (1). »

Ainsi, la syphilis n'a pas une évolution régulièrement continue. Maladie chronique par excellence, elle est quelquefois accompagnée dans sa marche par des accidents aigus ; habituellement intermittente, elle va par étapes parfois fort longues jusqu'à ce qu'une cause excitatrice vienne donner une nouvelle impulsion au mal ; elle présente ce phénomène singulier, l'un des mystères les plus impénétrables de la pathologie humaine, qu'elle accomplit son évolution par périodes successives dans l'intervalle desquelles la santé reste parfaite en apparence. Le chevauchement de ses périodes est rarement observé.

Telle est l'évolution la plus complète et la plus ordinaire du mal. Mais les diverses phases dont il a été fait mention n'existent pas toujours et dans tous les cas. Il peut arriver que l'une ou l'autre fasse défaut. Et s'il est douteux que la période de l'accident primitif ait quelquefois manqué, il n'en est pas de même de la période d'éruption générale : celle-ci ne se révélant par aucun phénomène, le malade passe sans transition appréciable de l'accident primitif aux accidents tertiaires, voire même aux affections viscérales. S'il était possible de s'en rapporter sur ce point uniquement au dire des malades, les choses auraient souvent lieu de cette façon, puisque, sur vingt-quatre faits de syphilis viscérale qui nous sont personnels, dix fois environ nous n'avons pu découvrir la moindre trace d'un accident intermédiaire à l'éruption locale et aux lésions des organes internes. De sorte que, laissant de côté toute idée théorique, il y a lieu de se demander si les éruptions de la peau ne sont pas un préservatif par rapport aux manifestations ultérieures. Dans certaines circonstances en-

(1) Fabre, *loc. cit.*, p. 233.

fin, c'est la dernière période qui manque. Une fois l'éruption générale achevée, la syphilis s'arrête comme si elle avait parcouru tout son orbite. Comparable sous ce rapport à certaines varioles qui n'arrivent pas à suppuration, elle peut, à juste titre, porter le nom de *syphiloïde*. Dans ces cas, qui sont loin d'être rares, la syphilis n'est qu'une maladie avortée; légère et bénigne, elle ne laisse à sa suite aucune trace fâcheuse de son passage. On ne saurait trop insister sur ce point. Aujourd'hui surtout que la syphilis inspire encore des craintes exagérées, il faut savoir que cette maladie se dissipe complétement dans un grand nombre de cas à la suite des éruptions cutanées, et peut-être même quelquefois après l'accident primitif.

D'autres fois la marche de la syphilis se trouve notablement accélérée, il n'y a plus aucun intervalle entre les accidents, ceux-ci se succèdent sans relâche, les manifestations secondaires surviennent en même temps ou peu de temps après l'accident primitif, et sont elles-mêmes immédiatement suivies des lésions tertiaires. Cette forme de la syphilis, qui a reçu l'épithète de galopante ou aiguë, est assez commune chez l'enfant, en raison sans doute de l'activité de toutes les fonctions organiques. Elle s'y fait quelquefois remarquer par la coexistence des trois ordres d'accidents, primitif, secondaire, tertiaire; c'est du moins ce qu'a vu le docteur H. Roger (1), dans un cas qu'il a communiqué à la Société médicale des hôpitaux. Toutefois on l'observe encore chez l'adulte sans qu'il soit toujours facile de saisir les conditions de sa raison d'être, puisqu'il n'est plus possible d'invoquer ici comme chez l'enfant l'activité de la nutrition et la rapidité des échanges moléculaires. Un fait que nous avons été à même d'observer récemment dans le service de clinique de notre maître, le professeur Grisolle, est un exemple de cette rapidité dans la marche.

Obs. LIII. — Une jeune femme, âgée de 27 ans, cuisinière, forte et de la meilleure constitution en apparence, contracte la syphilis en mai 1864. Chancre à la partie interne et supérieure de la grande lèvre gauche. Peu de temps après, fatigue, courbature, douleurs musculaires et articulaires, éruption vraisemblablement papuleuse (Purgatifs). En janvier 1865, apparition de

(1) Roger, *Bull. de la Société méd. des hôpitaux de Paris*, t. IV, fasc. v, f° 129. Comparez : Sicard, *Gaz. des hôpitaux*, 1863, p. 509. — *Ibid.*, 1857. — J.-F. Heyfelder, *Ueber galopirende Syphilis* (*Œsterr. Zeitschr. für prakt. Heilk.*, n° 3, 1858.)

deux bubons dans l'aine gauche (onctions avec l'onguent mercuriel, 100 pastilles). En février, angine et bronchite, plaques muqueuses aux parties génitales (vomitif).

En mars, éruption qui commence par la partie postérieure des avant-bras, occupe le trajet des cubitus, se généralise ensuite, envahit le cuir chevelu, la partie supérieure du cou, les cuisses et même le tronc. Mouvement fébrile avec paroxysmes le soir, courbature, céphalalgie, étourdissements, douleurs musculaires et articulaires, anorexie, dégoût des aliments.

Le 11 avril 1865, date de son entrée à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. le professeur Grisolle, éruption papulo-croûteuse du cuir chevelu, simplement papuleuse à la racine des cheveux, d'une couleur rouge maigre de jambon; les papules présentent à leur base la collerette blanchâtre bien connue. Dans le dos, plusieurs papules disséminées; au-devant du sternum, taches cuivrées couvertes de pellicules épidermiques; taches semblables, à peine saillantes, de $0^m,01$ environ d'étendue à la partie supérieure des cuisses. Aux avant-bras, plaques disséminées, peu ou pas saillantes, d'une étendue de plusieurs millimètres à $0^m,01$ et demi et recouvertes, comme les précédentes, d'une simple couche de lamelles épidermiques miroitantes. Cette éruption montre partout la plus grande analogie avec le psoriasis guttata; mais cette analogie est surtout frappante au niveau des avant-bras. Dans la main gauche on constate l'existence de trois ou quatre papules du même genre. Adénopathies inguinales et cervicales; absence de lymphangite au niveau des bras; les ganglions épitrochléens sont durs, ils roulent sous le doigt. Rougeur des deux piliers du voile du palais, légère ulcération à la surface de l'amygdale gauche (deux pilules de Dupuytren chaque soir).

Le 20 avril, la fièvre a cessé; mais la céphalée persiste, elle est nocturne et produit l'insomnie. L'éruption offre une teinte jaune fauve; l'appétit est toujours médiocre; la rougeur de la gorge existe encore, mais l'ulcération amygdalienne est en partie cicatrisée. Depuis un jour, la malade accuse un léger prurit au niveau de l'éruption papuleuse ou squameuse; sur l'une des lèvres existe un bouton avec suintement séreux. Le traitement est continué; mais néanmoins, au bout de quelques jours, l'amélioration survenue s'arrête. Dans ces conditions, les pilules de Dupuytren sont remplacées par des pilules de protoiodure de mercure auxquelles on ajoute plus tard l'iodure de potassium et des bains sulfureux. La malade est en même temps soumise à un régime tonique. Cependant il n'y a pas de changement, l'éruption s'élargit et devient plus abondante. Toutefois l'ulcère de la gorge se cicatrise.

Le 15 juin, M. Grisolle ordonne des bains de sublimé et continue le protoiodure de mercure. Le 1er juillet, amélioration notable, les squames sont tombées, les taches s'effacent peu à peu. Le 10, l'éruption a à peu près disparu.

Le 15 juillet, la malade se plaint de douleurs à la langue; l'examen fait

reconnaître, à la partie postérieure de la face dorsale de cet organe, la présence de trois petites tumeurs fermes du volume et de la forme d'un haricot, superficiellement situées et à peine saillantes. Perte nouvelle de l'appétit, état saburral des voies digestives. Un vomitif est administré; l'iodure de potassium est repris et continué. Un mois plus tard la malade n'offrait plus aucune manifestation syphilitique; il restait seulement, au niveau des tumeurs gommeuses de la langue, une desquamation épithéliale sous forme de petites taches rouges allongées.

Un certain degré d'acuïté et surtout d'irrégularité dans la marche s'observe principalement dans des cas de syphilis qui se montrent dans les ports de mer, dans des contrées froides et humides. Ces cas sont ceux auxquels on donne le nom de syphilis maligne, en raison de la tendance ulcéreuse ou même suppurative que manifestent les lésions anatomiques qui les caractérisent.

Jusqu'ici nous avons envisagé la marche de la syphilis indépendamment de toute espèce de traitement. Une question importante et très-controversée nous reste à juger en ce moment. Quelle est l'influence des agents thérapeutiques sur l'évolution des accidents de cette maladie? De l'avis d'un certain nombre d'auteurs, le traitement spécifique a pour effet de retarder l'apparition des accidents secondaires. Mais pendant longtemps ce fut là une simple assertion qui, pour passer dans le domaine des vérités acquises, avait besoin de la sanction des faits. Bassereau l'a mise à l'étude; faisant un relevé comparatif d'un certain nombre de cas d'érythème syphilitique chez des malades qui n'avaient été soumis à aucun traitement général et chez d'autres malades antérieurement traités, cet observateur habile trouva que le traitement avait presque toujours retardé d'une manière notable le développement de cette syphilide (1). Par conséquent, la thérapeutique peut troubler ou du moins retarder la marche naturelle de la maladie, sinon l'époque d'apparition des accidents. Ricord, Bazin et d'autres autorités non moins imposantes partagent l'avis de Bassereau. Cependant cette question demande à être étudiée de nouveau. A côté du traitement il y a l'hygiène du malade, qui paraît susceptible d'influer sur la marche de la syphilis; mais c'est une circonstance à laquelle Bassereau attache peu d'importance.

La durée générale de la syphilis est tellement variable qu'il est impossible d'en fixer les limites. Tandis que cette maladie, dans certains cas, accomplit son évolution en quelques mois et a une mar-

(1) *Traité des affect. de la peau symptomatiques de la syphilis*, p. 178.

che relativement aiguë, on la voit dans d'autres circonstances se prolonger autant que la vie des individus ou même se transmettre à plusieurs générations. Chercher à apprécier cette durée est donc un problème extrêmement difficile. Ce problème met du reste en question la possibilité de la guérison de cette maladie : voyons donc ce qu'il faut croire à ce sujet.

La guérison, la mort ou l'état stationnaire, tels sont les divers modes de terminaison que nous avons à examiner. La guérison, et par ce mot nous entendons la cessation définitive de la maladie et non pas seulement la disparition de tel ou tel accident, est, nous osons le proclamer sans hésitation, le mode de terminaison le plus ordinaire de la syphilis. Cette doctrine, toutefois, n'est pas la plus généralement répandue; la doctrine opposée est depuis longtemps défendue par de grandes notabilités scientifiques. Vidus Vidius disait que la vérole accorde des trêves sans jamais faire la paix. « Magis inducias facit quam pacem. » Il est douteux pour Baglivi que cette même maladie, une fois introduite dans le corps, puisse en être entièrement expulsée. « Lues venerea, semel recepta in corpus, difficiliter postea deletur; ejus character adhibitis specificis mitescit, sed non extinguitur. Imo post triginta et plures annos sub specie aliorum morborum reviviscit, et medicos decipit, causam morbi ordinariam putantes, cum revera tamen ab excitato noviter venereo fermento dependeat (1). » A une époque moins éloignée, Hunter (2), sans nier la possibilité de la guérison de la syphilis, disait que le mercure ne détruit point l'action syphilitique une fois formée. Cazenave (3) admet la guérison de la syphilis primitive, mais non de la syphilis secondaire. De celle-ci, dit-il, on ne guérit pas ; on a acquis le tempérament syphilitique, il faut vivre ainsi comme d'autres vivent avec le tempérament lymphatique. Ricord, après avoir partagé l'opinion de ceux qui pensent que la diathèse syphilitique, une fois établie, ne se détruit plus, s'est plus tard exprimé à ce sujet dans des termes différents : « Quant à moi, pour avoir à mon tour constaté cette triste vérité, je n'en conclus pas cependant à l'incurabilité absolue de la vérole, comme on a voulu me le faire dire. Je me demande si la vérole ne pourrait pas guérir, en ne laissant après elle, comme la variole, qu'une modification préserva-

(1) *Praxeos med.* lib. I, p. 95.
(2) *Œuvres complètes*, trad. de Richelot, p. 544.
(3) *Moniteur des hôpitaux*, 19 août 1865.

trice. » Dans cette dernière hypothèse, l'impression syphilitique persisterait indéfiniment même après la cessation définitive de toute manifestation.

Il serait peut-être difficile de trouver des partisans à la doctrine qui admet que la syphilis est susceptible de guérison, car Fernel, A. Paré et d'autres auteurs qui paraissent croire à cette guérison, entendent par là plutôt la cessation de telle ou telle manifestation que celle de l'essentiabilité morbide proprement dite. Il est étonnant que la question que nous agitons ait si peu préoccupé les esprits, et que, dans les ouvrages les plus importants et les plus complets, elle ne soit même pas discutée et agitée. Dans ces derniers temps, elle a été mise à l'ordre du jour. Voulant montrer que la syphilis peut guérir, Diday s'attache à prouver que cette maladie est une intoxication et non une diathèse (1); mais avant de ranger parmi les intoxications la syphilis que d'autres auteurs, Ricord par exemple, placent dans le groupe des diathèses, il y aurait à s'entendre tout d'abord sur les mots diathèse et intoxication. Cette manière de procéder serait ici un hors-d'œuvre; mais on peut arriver autrement à reconnaître que la syphilis est susceptible de guérison. L'observation qui apprend qu'un grand nombre d'individus manifestement syphilitiques finissent par avoir une santé des plus parfaites, sans jamais présenter, pas plus que leurs descendants, la moindre atteinte de syphilis, enseigne de plus que cette maladie se reproduit, et se double quelquefois chez le même individu. Or, l'expérimentation ayant montré que la vérole n'est plus inoculable à un individu contaminé, il faut bien admettre que dans les cas de double infection la guérison avait eu lieu.

La question de la double syphilis était déjà agitée par les syphilographes du seizième siècle. A. Lecoq (2) semble l'avoir admise; mais il est douteux qu'il ait parlé d'autre chose que de récidives d'accidents secondaires ou tertiaires. Barth. Maggi (1550) croit sans hésitation qu'on peut être atteint de syphilis générale par deux contagions successives. Brassavole considère le fait comme assez ordinaire, puisqu'il pense qu'une première infection prédispose à une seconde. Vidus Vidius (1556) semble croire qu'une fois guéri du *mal français* on ne contracte plus que les symptômes que nous appe-

(1) *Leçons sur le chancre*, p. 227, 2e éd.
(2) *De lue hispanica*, 1540.

lons primitifs. A. Trajan Pétrone (1565) dit que ceux qui ont été guéris du mal français par le gayac sont moins disposés à prendre cette maladie.

L'opinion de Brassavole a longtemps prévalu, et on n'a pas manqué de répéter depuis, qu'une première infection syphilitique prédispose à une seconde. Ricord s'est élevé avec juste raison contre cette manière de voir, et, n'ayant jamais rencontré un seul cas de double infection, il a nié que ces cas pussent se rencontrer. Des faits récents sont venus démontrer ce que cette négation avait d'exagéré.

Follin cite trois cas de double infection (1). A. Boulongne rapporte deux nouveaux faits (2). Diday a pu en rassembler plusieurs exemples empruntés à divers auteurs (3). Ces faits indiquent l'apparition, onze à treize ans après une première infection, tantôt d'un chancre induré sans engorgement ganglionnaire, tantôt, ce qui est beaucoup plus concluant, d'une syphilis exanthématique (un cas de H. Lee). Je suis loin de vouloir prétendre que tous ces faits doivent être acceptés sans contrôle; mais il me suffit qu'un certain nombre d'entre eux ne puissent être récusés, pour que j'admette la possibilité de l'extinction définitive de la syphilis dans un organisme infecté, sa guérison en un mot. Comment donc s'opère cette guérison; quels sont les moyens qui nous permettent de la reconnaître ?

Relativement au premier chef, la réponse est simple ; la syphilis, comme la fièvre typhoïde, les varioles, les scrofules, comme toutes les maladies en un mot, finit par céder aux seuls efforts de la nature, c'est-à-dire que l'organisme s'en débarrasse lui-même à une certaine époque et d'une manière spontanée, le traitement, lorsqu'il intervient, n'agissant que sur la manifestation qu'il combat et non sur la maladie elle-même. Cette thèse, que nous nous proposons de développer plus loin, trouve déjà un appui dans les recherches de Diday. En effet, dix-huit syphilitiques traités sans mercure par cet auteur auraient été complétement guéris. Je veux bien croire que ces faits ne sont pas à l'abri d'objections, à cause du court espace de temps (3 ans et demi à 16 ans) écoulé depuis la disparition du dernier accident syphilitique;

(1) *Traité de pathologie externe*, t. I, p. 739.

(2) *Recueil de mém. de méd. et de pharm. milit.*, 3e série, t. II, 1859, p. 428.

(3) *Histoire naturelle de la syphilis* et *Archiv. de médec.*, 1862. — Dardel en rapporte un nouvel exemple : *Des réinfections syphilitiques*, dans *Gaz. médicale de Lyon*, 16 août 1865.

mais si cet espace de temps peut n'être pas rigoureusement suffisant, puisqu'il arrive de voir des accidents syphilitiques tertiaires se montrer 10 et 20 ans après les manifestations primitives ou secondaires, il n'en est pas moins incontestable, que sous le rapport de la terminaison, la syphilis ne diffère pas de toutes les maladies dont la cure radicale appartient au temps et à l'hygiène bien plus qu'aux agents thérapeutiques.

Touchant le second chef, à savoir quelle est l'époque de l'évolution syphilitique à laquelle l'organisme impressionné et modifié parvient à rentrer dans la vie normale et physiologique, j'admets, et en cela je suis d'accord avec Diday et Bazin, qu'il n'est possible de se considérer comme à l'abri d'accidents syphilitiques qu'autant qu'on a passé par toutes les phases de la maladie. Cependant, de même qu'il arrive que des fièvres typhoïdes se jugent et se guérissent à la fin du second stade, et que l'on voit des varioles s'arrêter à la fin de la période d'éruption sans passer par la suppuration, de même on peut rencontrer des syphilis qui se terminent immédiatement après la période des accidents secondaires, et peut-être à la suite de l'accident primitif. Néanmoins, ici comme dans toute maladie, c'est toujours à la fin d'une étape que s'arrête le mal ; aiguë ou chronique, la maladie ne procède pas moins par périodes pour ainsi dire toujours modelées sur le même type. Ces périodes sont inhérentes à l'organisme, qui réagit au contact de l'agent morbifique : la qualité et le mode d'action de cet agent, telles sont les causes des différences observées.

Pour ce qui est de la connaissance des signes qui permettent de juger de la cessation de l'impression fâcheuse exercée par la syphilis sur l'organisme, avouons que c'est là l'une des questions qui intéressent le plus le médecin hygiéniste et le clinicien, et aussi l'un des problèmes les plus ardus et les plus difficiles de la pathologie générale. Quel criterium possédons-nous pour affirmer la guérison d'une maladie ? L'accomplissement reconnu de toutes les phases de cette maladie. Mais ce n'est pas une condition suffisante, car, dans bien des circonstances, lorsqu'une maladie a parcouru tout son orbite, l'organisme, pendant un temps plus ou moins long, toujours sous le coup qui l'a frappé, témoigne encore de l'impression qu'il en a ressentie par son inaptitude à contracter de nouveau cette même maladie. Or, si certaines intoxications font exception à cette loi, la syphilis ne lui

échappe pas, et si on voulait absolument trouver le criterium que nous cherchons, il n'y aurait d'autre moyen, dans l'espèce, que d'avoir recours à l'inoculation ; mais il est trop évident que ce moyen n'est nullement applicable. Ainsi, une connaissance exacte de la guérison de la syphilis ne peut être acquise, d'autant plus cette guérison a lieu quelquefois sans que la maladie passe par toutes ses périodes. A cet égard, pourtant, il est possible d'arriver à des présomptions. La guérison de la syphilis nous paraît devoir être regardée comme probable, lorsque, chez un malade qui aura traversé toutes les phases de cette maladie, les forces auront conservé leur intégrité pendant plusieurs mois, et à plus forte raison pendant plusieurs années, et qu'il ne sera survenu aucun accident en dépit de l'action des causes provocatrices les plus habituelles, telles que les excès vénériens, les excès d'alcool, le froid, etc. Toutefois, même dans ces conditions, le médecin, pour ne pas compromettre son savoir et sa réputation, fera bien d'éviter d'être affirmatif, et, pour peu que le plus léger indice de cachexie persiste, il devra s'abstenir de rien promettre, ayant toujours présente à l'esprit la fréquence des récidives des accidents syphilitiques, même des accidents tertiaires. D'ailleurs un signe souvent tardif, mais qui n'est pas moins important lorsqu'il existe, se tire de l'intégrité de la santé des descendants. On comprend qu'un père ou une mère autrefois atteints de syphilis et dont les enfants jouissent d'une santé parfaite, peuvent être considérés comme étant à l'abri de toute manifestation syphilitique.

Ici se pose une autre question, qui ne peut davantage être passée sous silence : La syphilis est-elle susceptible de dégénérer, ou de se métamorphoser en une espèce morbide différente ? Sur ce point, un grand nombre d'auteurs des derniers siècles, et entre autres Baillou, Sauvages, Bosquillon, J. Frank, n'ont pas hésité à se prononcer pour l'affirmative. Suivant eux, la syphilis peut se transformer en rhumatisme, en goutte, en tuberculose, en carcinose ; mais lorsqu'on lit le récit qu'ils font de ces différentes métamorphoses, on ne tarde pas à se convaincre que ce qu'ils considèrent comme une transformation de la syphilis n'est en réalité que la syphilis elle-même, parvenue à la période la plus avancée de son évolution et portant son action sur les viscères. En un mot, la plupart des cas qui ont servi à ces auteurs pour édifier la doctrine des transformations de la syphilis peuvent être regardés comme des cas de syphilis viscérale.

Quoi qu'il en soit, les données vagues et les opinions mal assises des observateurs précités ont dû servir aux détracteurs de la syphilis, qui purent réfuter sans peine des faits manquant pour la plupart du contrôle anatomique. C'est ainsi que des observations mal interprétées, quoique exactes, ont pu être plutôt nuisibles qu'utiles à la cause qu'elles étaient appelées à défendre. Hunter (1) crut devoir toucher la question dont il s'agit, et il se rangea à une opinion que nous partageons entièrement. « Jamais la syphilis, dit-il, ne se mêle ou ne se confond avec d'autres maladies; jamais elle ne se termine en une autre affection; au moins cela est-il extrêmement rare, bien qu'on ait prétendu le contraire. » Et plus loin il ajoute : « Il est très-probable que les affections vénériennes peuvent devenir la cause d'autres affections. J'ai vu un chancre agir comme cause immédiate d'une inflammation érysipélateuse... Le chancre agit ici seulement comme un irritant ordinaire, indépendamment de la qualité spécifique de la maladie. » Plus récemment, Lugol (2) et Ricord ont de nouveau soutenu, après Astruc, que certaines lésions scrofuleuses pouvaient provenir de la syphilis, en être des descendants directs; mais les faits qu'ils donnent à l'appui de cette proposition ne sont ni nombreux ni concluants, ce qui n'a pas empêché cette opinion de trouver crédit auprès d'un certain nombre de médecins. A la vérité, il n'est pas rare de rencontrer chez des descendants de syphilitiques des manifestations morbides ayant une certaine analogie avec celles de la scrofulose; mais, en y regardant de près, on voit qu'elles ont une ressemblance plus grande encore avec les manifestations de la syphilis. Aussi est-ce par erreur que l'on a attribué à la diathèse strumeuse certaines lésions qui ne lui appartiennent pas, comme par exemple cette forme de kératite que les observations de Hutchinson ont dûment rattachée à la syphilis héréditaire (voyez plus loin).

Ces réflexions sont applicables aux prétendues transformations de la syphilis en maladie cancéreuse ou tuberculeuse. Jamais cette transformation n'a lieu, et lorsque dans le cours de la syphilis on voit la tuberculose se développer, il faut tout au plus admettre, comme nous le dirons plus loin, que cette dernière maladie a été occasionnée par la débilitation que la première a produite dans l'organisme

(1) Œuvres complètes, trad. fr. de G. Richelot, *Syphilis constit.*, p. 532.

(2) *Recherches et observ. sur les causes des maladies scrofuleuses*, p. 117. Paris, 1844.

Il importe de savoir que les unités morbides, de même que les espèces naturelles, ne se transforment pas. La syphilis est toujours elle-même, et jamais elle ne devient scrofule ou tuberculose.

La syphilis qui ne guérit pas peut rester dans le *statu quo* pendant un temps quelquefois fort long, et alors elle est susceptible de s'affaiblir progressivement chez les descendants par le simple fait de la multiplicité des transmissions ; sinon, elle conduit à la mort l'individu qu'elle a frappé.

Mode de terminaison relativement peu fréquent dans la maladie qui nous occupe, la mort, plus rare aujourd'hui qu'elle ne l'était au quinzième siècle, est plus commune cependant que ne le croyaient naguère les plus habiles syphilographes, alors que les lésions viscérales syphilitiques étaient encore méconnues. Exceptionnelle dans les premières périodes de la maladie, elle est pour ainsi dire le privilége exclusif de la dernière; elle a pour cause immédiate ou bien des lésions viscérales qui empêchent le fonctionnement d'organes indispensables à la vie et qui souvent finissent par produire la cachexie et le marasme, ou bien des affections intercurrentes, complications toujours graves, à cause de la débilitation profonde dans laquelle est plongée l'économie.

Les affections du cœur, du cerveau, du foie et des reins sont, de toutes les manifestations syphilitiques, celles qui aboutissent le plus fréquemment à une terminaison fatale, et on le conçoit sans difficulté, en raison de l'importance fonctionnelle des organes lésés. Lente dans quelques cas, la mort est d'autres fois rapide et presque subite, principalement quand le cœur, siége de la localisation morbide, se trouve dilaté et privé de la plupart de ses éléments contractiles. Les affections profondes du larynx et de la trachée amènent parfois aussi une mort rapide. Les lésions des poumons et celles du foie sont, sous ce rapport, moins dangereuses ; elles produisent une étisie considérable et une mort ordinairement lente. Les lésions directes ou indirectes du système nerveux varient, relativement au point de vue qui nous occupe, avec leurs différents siéges dans l'un ou l'autre des principaux centres ; c'est là un fait purement physiologique. En dehors des lésions viscérales, les manifestations de la syphilis tuent rarement par elles-mêmes.

De toutes les affections intercurrentes qui viennent compliquer la syphilis et hâter sa terminaison, la pneumonie et l'érysipèle sont de beaucoup les plus fréquentes. Ce fait, qui résulte de l'examen de la

plupart des observations connues de syphilis viscérale (1), nous a depuis longtemps frappé. Dès l'année 1861, tandis qu'une épidémie d'érysipèle régnait dans les hôpitaux de Paris, j'observai qu'un certain nombre des malades qui succombaient, à cette maladie, dans le service auquel j'étais attaché étaient affectés de lésions syphilitiques viscérales. Depuis cette époque, j'ai remarqué que, même en dehors de toute espèce d'épidémie, la syphilis viscérale se complique fréquemment d'érysipèle et que cette affection toujours grave emporte le plus souvent les malades (2).

Comment expliquer l'apparition de cette complication érysipélateuse que l'on observe dans d'autres maladies avec cachexie, c'est ce qu'il est difficile de dire. Ici je ne puis que faire part de mon ignorance. Dans une étude aussi vaste que celle qui m'occupe, il est toujours bon de faire connaître les desiderata et les inconnues.

La pneumonie prend rang à côté de l'érysipèle en tant que complication ultime de la syphilis; on la rencontre, en effet, dans un grand nombre de cas et toujours avec des caractères assez particuliers pour qu'il y ait à les signaler. De même que la plupart des affections secondaires, elle ne donne pas lieu en général à une réaction très-marquée; elle se développe lentement, sourdement, et, si le malade offre quelque résistance vitale, elle peut avoir une durée relativement longue et par conséquent différer encore, quant à sa marche, de la plupart des pneumonies. En résumé, la syphilis doit être regardée comme une maladie dans le cours de laquelle les érysipèles et les pneumonies secondaires surviennent fréquemment; d'où cette règle clinique, que toutes les fois que l'une ou l'autre de ces affections se présentera chez un individu débilité et cachectique, et sans cause bien connue, le médecin devra songer à la syphilis viscérale. Il n'est pas impossible sans doute que d'autres complications viennent terminer les jours des individus atteints de syphilis tertiaire; mais jusqu'à présent il n'y a que peu d'exemples d'un autre genre de complication.

(1) Comparez les observations de Meyer, Tüngel, et les nôtres.

(2) Un malade que j'ai pu voir dans le service de M. le Dr Hérard est le seul, à ma connaissance, qui ait guéri d'un érysipèle survenu dans ces conditions. Dans trois cas qui me sont personnels, l'érysipèle a débuté par le pharynx dont la muqueuse était ulcérée, et de là, il a gagné la face, tantôt par les oreilles, tantôt par les fosses nasales.

SYPHILIS HÉRÉDITAIRE.

Augier FERRIER, De pudendagra libri duo, Aphrodisiacus, t. II, p. 906. Leyde, 1728. — Pierre HASCHARD, De morbo gallico tractatus, ibid., p. 930. — Gabriel FALLOPE, De morbo gallico liber, ibid., p. 769. — MATTHIOLE, De morbi gallici curatione Dialogus, p. 63. Lugduni, 1536. — PARACELSE, De morbo gallico chirurgia. Strasb., 1605. — G. RONDELET, De morbo gallico. Paris, 1573. — GUILLEMEAU, Chirurgie. Paris, 1647. — A. PARÉ, De la grosse vérole qui survient aux petits enfants, Œuv. compl. Lyon, 1652, p. 467. — BOTAL, De luis venereæ curandæ ratione. Parisiis, 1563, in-12. — GUYON DOLOIS, Cours de méd. théor. et prat., par Laz. MEYSSONNIER, 6[e] édit. Lyon, 1673. — HARRIS, De lue venerea; dans R. Morton Oper. med., t. II, p. 83. Lyon, 1737. — MUSITAN, Traité des maladies vénériennes, trad. par Devaux. — GARNIER, Traité pratique de la vérole. Lyon, 1696. — MAURICEAU, Traité des maladies des femmes grosses et de celles qui sont accouchées. Paris, 1712, t. I, p. 518. — VAN SWIETEN, Aphor. Boerhaavii, 1773. — VERCELLONI, Traité des maladies qui arrivent aux parties génitales, et particulièrement de la maladie vénérienne; trad. par DEVAUX. Paris, 1730, p. 374. — ASTRUC, édition de Louis, t. IV, 1777. — NILS ROSEN DE ROSENSTEIN, Traité des maladies des enfants; trad. de LEFEBVRE DE VILLEBRUNE. Paris, 1778, p. 537. — LEVRET, Art des accouchements, 1753, p. 266. — FABRE, Traité des maladies vénériennes. Paris, 1773. — RAULIN, De la conservation des enfants, t. II, p. 347. Paris, 1777. — NISBETT, Essai sur la théorie et la pratique des maladies vénériennes; trad. fr. de PETIT-RADEL, Paris. —SWEDIAUR et BELL, déjà cités. — COLOMBIER, Observations sur la maladie vénérienne et le millet dont les enfants nouveau-nés sont attaqués, etc.; mémoire lu le 28 août 1781 à la Société royale de médecine de Paris, t. III de ses Mémoires, p. 181. — FAGUER, Thèse de Paris, 1783. — DOUBLET, Obs. dans le départ. des hôpitaux civils, etc.; manière de traiter les enfants malades dans l'hospice de Vaugirard, etc. *Journal de médecine, de chirurgie, de pharmacie*. Paris, janvier 1785, t. LXIII, p. 445, 469 et suivantes. — BOUTAN, De lue venerea in recens natis. 4 frimaire an XII. — PELLETIER, Maladies syphilitiques des enfants nouveau-nés. Thèse de Paris, 14 fructidor an XII. — F. LEBLANC, Maladies vénériennes des nouveau-nés, et exposé des moyens curatifs, Thèse de Paris, 15 thermidor an XI. — J. P. GIRAUD, La vérole peut-elle se communiquer à l'enfant avant sa naissance? Thèse de Paris, 26 pluviôse an XIII. — P. A. O. MAHON, Recherches importantes sur l'existence, la nature et la communication des maladies syphilitiques dans les femmes enceintes, dans les enfants nouveau-nés et dans les nourrices, par Louis LAMAUVE. Paris, 1804. — Guillaume GOD, PLOUCQUET,

Initia bibliothecæ medico-practicæ et chirurgicæ, t. VIII, p. 392, 399, 400. Tubingue, 1804. — J. Capuron, Aphrodisiographie. Paris, 1807, p. 274. — Vassal, Mémoire sur la transmission du virus vénérien de la mère à l'enfant. Paris, 1807. — Bertin, Traité de la maladie vénérienne chez les enfants nouveau-nés, les femmes enceintes et les nourrices. Paris, 1810. — Bourgogne, Considérations générales sur la contagion de la maladie vénérienne des enfants trouvés à leurs nourrices, suivies de la relation d'une affection syphilitique communiquée à plusieurs femmes par la succion du sein. Lille, 1825. — Krauss, Dissertatio de pemphigo neo-natorum. Bonn, 1834. — Huguier, Syphilis chez les femmes enceintes et les nouvelles accouchées. *Gaz. méd.* 1840, p. 62, et *Bullet. de l'Académie de médecine*, 13 juillet 1840. — Robert Lee, De la transmission de la scarlatine, de la variole, de la syphilis et d'autres maladies par voie d'hérédité. *Annal. des maladies de la peau et de la syphilis*, t. I, p. 317, Paris, 1844. — Colles, *The Dublin Quarterly journal*, 1840, et *Ann. des maladies de la peau.* — Rizzi, Sur la syphilis. *Gazetta medica di Milano*, avril 1846, et *Gaz. méd.*, même année, p. 841. — Hertle, Du pemphigus des nouveau-nés et de sa nature ; Thèse de Strasbourg, 1847. — Cazenave, De la contagion à propos de la syphilis congénitale. *Annales des maladies de la peau et de la syphilis*, t. III, p. 281, 303. — Trousseau et Lasègue, De la syphilis constitutionnelle des enfants du premier âge. *Archives générales de médecine*, octobre 1847. — P. Dubois, Du diagnostic de la syphilis considérée comme une des causes de la mort du fœtus. *Gaz. médicale de Paris*, 1849. — Cullerier, Du traitement de la syphilis des nouveau-nés. *Bulletin de thérapeutique*, mai 1852, p. 433. De l'hérédité de la syphilis. *Mémoires de la Société de chirurgie*, 1854. — Bouchut, De la syphilis infantile, Traité pratique des maladies des nouveau-nés, etc., 1852. — Prieur, Quelques questions sur la syphilis. Thèse de Paris, 1851. — Depaul, Mémoire sur une manifestation de la syphilis congénitale consistant dans une altération spéciale des poumons, pour servir à l'histoire de la syphilis intra-utérine. Académie de médecine, 20 juillet 1851, et *Gazette médicale*, 1851, p. 392. — Devilliers, Recherches sur le traitement antisyphilitique chez les femmes enceintes. *Mémoires de l'Académie de médecine*, octobre 1851. — Gubler, Mémoire sur une nouvelle affection du foie liée à la syphilis héréditaire. *Mémoires de la Société de Biologie*, 1852, t. IV. Même sujet, *Gazette des hôpitaux*, janvier 1848, et *Gazette médicale*, 1852, p. 262. — A. Dugès, De l'innocuité du lait des nourrices atteintes de syphilis pour les enfants qu'elles nourrissent. Thèse de Paris, 1852. — Ch. Thierling, *Annales et Bulletins de la Société médicale de Gand*, 1852, p. 93. — Venot, *Journal de médecine de Bordeaux*, mars 1852. — Simon, Mémoire sur la syphilis congénitale. *Journal des connaissances médico-chirurgicales*, t. III, p. 254. — Ch. Desruelles, Des manifestations de la syphilis congénitale et particulièrement du pemphigus des nouveau-nés. Thèse de Paris, 1852. — F. Mayr, Recherches sur la syphilis héréditaire chez les enfants. Zeitschr. für Gesellsch. der Aerzte zu Wien, traduction de Axenfeld, 1852. *Annuaire des maladies de la peau et de la syphilis.* — Nat. Guillot, Le-

çons cliniques sur la syphilis des nouveau-nés. *Moniteur des hôpitaux*, 1853. p. 394. — MANDON, Histoire de la syphilis des nouveau-nés et des enfants à la mamelle. Thèse de Paris, 1853. — DIDAY, Traité de la syphilis des enfants nouveau-nés et des enfants à la mamelle. Paris, 1854. — DOYON et DRON, Observations sur la syphilis des nouveau-nés et des enfants à la mamelle. *Gaz. hebdomadaire*, 1854. — PUTEGNAT, Histoire et thérapeutique de la syphilis des nouveau-nés et des enfants à la mamelle. Paris, 1854. — JOHNS, Considérations sur la syphilis comme cause d'avortement. *Dublin, Quarterly journ. of med. science*, 1854. — MARTINEZ Y SANCHEZ, Essai sur la syphilis héréditaire. Thèse de Paris, 1855. — CAPDEVILLA, De la syphilis chez les enfants. *Gaz. hebdomadaire*, 1856, p. 675. Extrait de la *Crónica de los hospitales*. — HUTCHINSON, Mémoire sur la transmission de la syphilis du fœtus à la mère. *Medical Times and Gazette*, 1856. — JACEWICZ, Études sur l'hérédité de la syphilis. Thèse de Paris, 1856. — PAYRAN, Études sur les manifestations de la syphilis congénitale. Thèse de Paris, 1856. — RAVIN, Du traitement de la syphilis congénitale. Thèse de Paris, 1857. — TROUSSEAU, Leçons sur la syphilis congénitale. *Union médicale*, 1857. Syphilis des enfants nouveau-nés. *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*, t. II, p. 655, 1862. — DIDAY, Syphilis congénitale. *Annuaire de la syphilis et des maladies de la peau*. Lyon, 1859. — A. HARVEY, On the fœtus in utero as inoculating the maternal with the peculiarities of the paternal organism. In *The Glascow's journal*, vol. VI, 1859. — GIBERT, Traité des maladies de la peau et de la syphilis. Paris, 1860. — G. WEISFLOG, Beiträge zur Kenntniss der Dubois'schen Thymus abcesse bei angeborner Syphilis (Contribution à la connaissance de l'abcès du thymus, décrit par Dubois dans la syphilis congénitale). Dissertation inaug. Zurich, 1860.— Émile VIDAL, De la syphilis congénitale. Thèse pour l'agrégation. Paris, 1860. — A. VIENNOIS, De la syphilis transmise par la vaccination. *Archives générales de médecine*, 1860. Examen des opinions émises par M. Ricord à l'Hôtel-Dieu de Paris, Leçons faites à l'École de médecine de Lyon. Paris, 1862. — CRITCHETT, On idiocy conseq. of hered. syphilis. *Med. Times and Gaz.*, jan. 9, 1860. — J. HUTCHINSON, Is inheredited syphilis protective against subsequent contagion? *British med. Journ.*, sept. 21, 1861. — C. MAUNDER, Is inheredited syphilis protective against subsequent contagion? *British med. Journ.* oct. 3, 1861.— C. MULLER, Ueber den Einfluss mercurieller Behandlung syphilitischer Eltern auf deren Kinder. *Wien med. Wochenschrift*, n° 1, 1861. —BUMSTEAD, The pathology and treatment of venereal diseases. Philadelphia, 1861. — SCHOTT, Veranderungen der inneren Organ. bei Syphilis hereditaria. *Jahrb. für Kinderheilkunde*, IV, 224, 1861. — WIEDENHOFER, Sur les abcès du thymus dans la syphilis héréditaire. *Jahrb. für Kinderheilk.*, IV, p. 229, 1861. —Em. Ludw. SCHMIDT, De lue hereditaria, diss. inaug. Berlin, 1861.—Aug. RHEINSTAEDTER, De lue congenit. et hereditaria, diss. inaug. Berlin, 1861.—Max. MARUNG, De lue congenita ratione habita imprimis oculorum affectionum, dissert. inaug. Berlin, 1861. — W. BOECK, Recherches sur la syphilis. Christiania, 1862. — VIEIL, Syphilis hered. als Ursprung von Lupus. In *Schmidt's Jahrb.*, t. CXVII,

299. — Lingen, Sur la syphilis congénitale et acquise des nouveau-nés. In *Petersburg med. Zeitschr.*, III, 6, p. 176, 1862. — Pick, Zur Lehre von der hereditæren Syphilis. *Wienn. med. Hall*, IV, 11, 12, et *Schmidt's Jahrb.* 194, t. CXX. — Förster, Beiträge zur pathologischen Anatom. des congenitalers Syphilis. *Wurzb. Med. Zeitschr.*, IV, p. 1, 1863, et *Schmidt's Jahrb.*, t. CXVIII, p. 143. — Allingham, On the Treatment of hereditary syphilis in infancy. *Med. Times and Gaz.*, oct. 3, 1863, p. 453. — Ern. Hart, De l'ophthalmie comme signe pathognomonique de la syphilis héréditaire, *Lancet*, I, 2 janvier 1863. — Golzain, Influence de la syphilis sur le cours normal de la grossesse. Thèse de Strasbourg, 1863. — F. V. Bærensprung, Die hereditære Syphilis. Berlin, 1864. — Henri Roger, Étude clinique sur la syphilis infantile. *Union médicale*, 24, 28, 31 janvier, 4 et 7 février 1865. — Bouchut, De la syphilis du nouveau-né. *Gazette des hôpitaux*, n° 90, août 1865.

La syphilis héréditaire, bien qu'entrevue par quelques-uns des syphilographes des premiers temps, n'a été réellement étudiée que depuis la fin du siècle dernier.

Paracelse (1529) parle en termes clairs de l'hérédité de la syphilis, mais il connaît peu les désordres qu'elle produit : « Est morbus fœdus (morbus gallicus), se ad alios propagans, alios contaminans, et magis hereditarius, quam lepra. — Quiqui luem gallicam partu accipiunt, ut infantes, non possunt ab hoc contagio liberari, — crescit morbus cum infante, et pro miasmatis virtute modo citius, modo tardius erumpit. » Augier Ferrier (1553) n'est pas plus avancé sur ce point : « Cum in utero morbus contrahitur, tanquam hæreditarium fit malum, et tanquam corruptum elementum una cum paterno vel materno semine infunditur; aut, si mater a die conceptionis in morbum inciderit, communicatis fœtui vitiosis infectisque humoribus, primæ conformationis facultates, actiones, organa, corrumpi necesse est. » Pierre Haschard (1554) reconnaît une double origine à la syphilis, la contagion et la génération, et à propos de ce dernier mode de transmission il écrit : « Per generationem vero, quoniam hic morbus humores vitiat et corrumpit; unde semen corruptum qui sic affecti sunt, et ex hoc proles vitiata ac corrupta procreatur... » G. Fallope est plus explicite, il dit : « Præterea videbitis puerulos nascentes ex femina infecta, ut ferant peccata parentum, qui videntur semicocti. » Quoique ce passage, dans la pensée de l'auteur, n'ait d'autre but que celui de faire connaître les parties du corps qui peuvent être primitivement affectées, cependant, ainsi que le remarque Diday, l'épithète

semicocti dit assez que déjà à cette époque le virus exerçait son influence sur l'enfant dès la vie intra-utérine. Voici enfin une observation, elle est de Rondelet (1560) : « Ego vidi, écrit cet auteur, puerum nasci totum coopertum pustulis morbi gallici. »

La pensée de Paré sur ce sujet, est d'une interprétation facile, car on lit dans un passage de son livre (chap. XXXIII) : « Souvent on voit sortir les petits enfants du sein de leur mère, ayant cette maladie, et, tôt après, avoir plusieurs pustules sur leur corps. » Au dix-septième siècle, L. Guyon Dolois, de Blegny, Musitan, Garnier, admettent la transmission héréditaire de la syphilis, et ce fait est accepté des principaux syphilographes du dix-huitième siècle, Fabre, Boerhaave, Van Swieten, Astruc, Brunner, Raulin, etc. Cependant, malgré la description symptomatique que donne Rosen de la syphilis héréditaire, et malgré les indications thérapeutiques formulées à cet égard par Levret, accoucheur des plus distingués, les connaissances acquises allaient sans doute, grâce aux exagérations de Sanchez, tomber dans l'oubli, lorsqu'en 1780 on créa à Vaugirard un hôpital spécial pour les femmes enceintes affectées de syphilis et pour leurs enfants. Dès ce moment commence une ère nouvelle dans l'histoire de la syphilis héréditaire. Cette ère, à laquelle se rattachent les noms de Faguer, Doublet, Pelletier, Leblanc, Bertin, Mahon, Cullerier, nous a valu la connaissance des principales manifestations extérieures de cette maladie. A notre époque il était réservé de faire connaître les lésions plus profondes ou viscérales. Trousseau et Lasègue, Depaul, Gubler, P. Dubois, Desruelles, Nat. Guillot, Diday, Putegnat, etc., sont venus nous renseigner sur ce dernier point.

ÉPOQUE D'APPARITION.

Parmi les maladies héréditaires, celles que l'on peut appeler virulentes ont, plus que les autres peut-être, le privilége d'apparaître au moment même de la naissance ou peu de temps après.

Dans des cas où il a été possible de supposer l'hérédité de la variole, cette maladie s'est généralement développée pendant la vie intra-utérine. De même la syphilis donne le plus souvent lieu à des manifestations rapprochées du moment de la conception ou de la naissance. Un certain nombre d'enfants succombent dans le sein de leur mère uniquement parce qu'ils sont déjà atteints de ce mal.

Deville et Baerensprung rapportent des faits de ce genre; il m'est arrivé d'en voir aussi quelques-uns.

D'autres fois les enfants viennent au monde porteurs de lésions bien et dûment syphilitiques. Rondelet, Doublet, Gilbert, signalent de ces faits; Guérard, Landmann, A. Cooper, Huguier, Cullerier et beaucoup d'autres observateurs ont vu des enfants sortir du sein maternel avec une éruption syphilitique.

Dans le plus grand nombre des cas, cependant, l'enfant qui hérite de la syphilis a tout d'abord les apparences de la santé, et quelques semaines plus tard il présente les signes accusateurs du mal qui lui a été transmis par ses parents. Habituellement, ainsi que l'établit le docteur H. Roger, c'est du premier au troisième mois de la vie extra-utérine que la syphilis se manifeste chez l'enfant nouveau-né. En effet, comme le fait remarquer Diday, le témoignage des autorités et celui des faits s'accordent sur ce point.

Nisbett, Doublet, Mahon, Babington, Gilbert, Trousseau et Lasègue, Huguier, Bouchut, Bardinet, Desmarres (1), prétendent que le plus ordinairement les symptômes syphilitiques surviennent dans ces conditions entre quelques jours et deux ou trois mois; la dernière limite, mais tout à fait exceptionnelle, serait de sept mois pour Trousseau et Lasègue, de un an pour Cullerier.

Les faits parlent avec non moins de rigueur. Réunissant, dit le docteur Roger (2), à mes 14 observations, où la date des premiers accidents a été notée, 158 cas de Diday, 28 de de Méric où cette date est également donnée, et 49 de Mayr, où l'époque du début a été indiquée, je suis arrivé à un total de 249 cas. Sur ce nombre, 118 fois la syphilis s'était montrée dans le premier mois, 217 fois avant la fin du troisième, et cette limite du troisième mois ne fut dépassée que chez 32 malades; c'est-à-dire que, dans près de la moitié des cas, l'affection syphilitique transmise par les parents avait paru avant le premier mois révolu, et avant le troisième dans les 7/8 des cas; la proportion des syphilis où cette période du premier trimestre de la vie était dépassée a été trouvée de 1/8 seulement; d'où cette conclusion que, si le médecin n'a point de renseignements sur la source où la syphilis a été puisée, ou s'il doute de l'authenticité des renseignements, il pourra, en s'en rapportant au calcul des probabili-

(1) *Traité des maladies des yeux*, t. I, p. 626.
(2) *Union méd.*, 31 janvier 1865, p. 203.

tés, décider que la syphilis infantile est héréditaire ou acquise, suivant qu'elle se sera manifestée avant ou après le troisième mois de la vie.

Telle est la règle ordinaire; mais ce serait sans doute une erreur de penser que la syphilis héréditaire n'apparaît plus après cet espace de temps.

A côté des faits dont il vient d'être question, il en est un certain nombre d'autres dans lesquels la syphilis héréditaire, après être restée latente pendant un certain nombre d'années, a fini par se révéler comme le font les maladies constitutionnelles, dont les manifestations héréditaires sont le plus souvent tardives. Eu égard aux changements que subit la syphilis accidentelle dans le cours de son évolution, il y aurait à se demander si les individus atteints de syphilis héréditaire tardive ne sont pas héritiers de parents infectés depuis longtemps et déjà arrivés à la période tertiaire au moment de la conception. Les faits, jusqu'ici incomplets, ne permettent malheureusement pas de savoir ce qu'il pourrait y avoir de vrai dans une semblable hypothèse; mais comme les déterminations locales diffèrent en général suivant que la syphilis héréditaire se manifeste dans les premiers temps de la conception ou plus tardivement, il en résulte que nous devons étudier dans deux chapitres séparés les manifestations hâtives et les manifestations tardives.

CHAPITRE PREMIER

SYPHILIS HÉRÉDITAIRE HATIVE OU CONGÉNITALE.

Sous cette dénomination nous rangeons les accidents syphilitiques qui se développent chez le fœtus et ceux qui apparaissent peu après la naissance. Ces accidents, comme ceux de la syphilis accidentelle ou acquise, demandent à être étudiés dans chacun des appareils organiques.

§ 1. — Lésions du tégument externe.

Les lésions cutanées de la syphilis héréditaire ne diffèrent pas notablement, quant à leur forme du moins, de celles qui appartiennent à la syphilis acquise. Érythème, papules, pustules, vésicules, telles

sont les modifications anatomiques élémentaires observées. Les tubercules sont rares, mais par contre les bulles sont fréquentes. L'éruption produite par cette dernière lésion est connue sous le nom de pemphigus.

La *roséole* est un accident qui n'a été rencontré qu'un petit nombre de fois. Bassereau (1) a vu débuter le troisième jour après la naissance un érythème papuleux syphilitique qui bientôt après fut compliqué de coryza. Étendue sur presque tout le corps, l'éruption avait commencé au front et aux joues par des taches d'un rouge terne, qui prirent ensuite la teinte cuivrée et devinrent légèrement saillantes. Chez un nouveau-né de son service, Cullerier a également noté l'existence d'une roséole. Guérard cité par E. Vidal, Landmann (2), A. Cooper (3), ont publié l'histoire d'enfants qui présentèrent au moment de leur naissance une éruption de taches fauves ou cuivrées. H. Roger rapporte plusieurs cas de la même affection, facilement reconnaissables, selon lui, à leur teinte cuivrée, caractéristique. Cette éruption, au rapport de Diday, est constituée par des taches d'un rose vif, irrégulièrement arrondies, d'une largeur variable (le plus souvent de celle de l'ongle). Ces taches siégent de préférence au ventre, au bas de la poitrine, au cou et à la face interne des membres; elles sont rarement isolées, et le plus souvent accompagnées d'ulcérations de la bouche et de l'anus.

Les *syphilides papuleuse*, *vésiculeuse*, *pustuleuse superficielle*, sont, de même que la roséole, des accidents relativement peu fréquents dans le cours de la maladie qui nous occupe; peu de faits du moins, à notre connaissance, établissent jusqu'ici, d'une manière bien certaine, les caractères de ces accidents dans la syphilis héréditaire. Un observateur distingué, le docteur Roger, a rapporté l'observation d'un enfant de trois mois atteint de syphilis papuleuse, de roséole et d'ecthyma; mais il n'y avait chez cet enfant aucune autre manifestation, et la santé des parents était restée inconnue. J'ai vu moi-même un cas de syphilide papuleuse chez un nouveau-né. Néanmoins, un fait mérite d'être noté ici, c'est la rareté des éruptions exanthématiques, les plaques muqueuses exceptées.

Les *plaques muqueuses* sont, de tous les accidents cutanés, ceux qu'on a le plus souvent l'occasion d'observer chez l'enfant nouveau-

(1) *Traité des affect. de la peau sympt. de la syphilis*, 1852, p. 511.
(2) *Ann. méd. de la Flandre occident.*, p. 410, mars 1852.
(3) *The Lancet*, t. IV, 1825.

né. La raison de ce fait paraît résider dans la structure de la peau à cette époque de la vie; mais à cette particularité anatomique vient peut-être encore s'ajouter le défaut de soins de propreté dans lequel on trouve un si grand nombre d'enfants. Quoi qu'il en soit, les plaques muqueuses se montrent d'ordinaire dès les premiers jours de la naissance, plus rarement pendant la vie intra-utérine; elles ont leur siége d'élection sur les téguments voisins des ouvertures naturelles, et particulièrement au niveau des lèvres ou au voisinage de la bouche, à l'entrée des narines, à l'angle externe des commissures palpébrales, au pourtour de l'anus, sur les parties génitales des deux sexes. Elles apparaissent tantôt et le plus souvent sous forme de petits points rouges granuleux, qui bientôt se convertissent en des plaques saillantes, humides, blanchâtres, fétides, circonscrites par une auréole violacée, tantôt sous forme de gerçures ou de fissures plus ou moins profondes et humides et dont le fond ne tarde pas à prendre une teinte blanchâtre. Quel que soit, du reste, celui de ces deux modes qui prédomine, les plaques muqueuses revêtent, principalement au pourtour des orifices naturels, une disposition particulière qui a fait comparer la circonférence de l'anus à une sorte de couronne dentelée (Trousseau), et qui, lorsque les fissures prédominent aux lèvres, donne à l'orifice buccal l'apparence d'une bourse serrée par son cordon. Comme chez l'adulte, elles sont constituées par les papilles tuméfiées, injectées, infiltrées de sérosité, de noyaux et de cellules de nouvelle formation, et par les glandes sébacées, dont la sécrétion est activée.

Il est évidemment inutile de revenir ici sur le diagnostic des plaques muqueuses. L'intertrigo et l'impétigo des jeunes enfants sont à peu près les seules affections susceptibles de les simuler. Il suffit de savoir que des soins de propreté et quelques cataplasmes émollients font cesser rapidement l'intertrigo. Quant aux croûtes jaunes, épaisses, confluentes, mal circonscrites de l'impétigo ordinaire, outre qu'elles diffèrent de la surface blanchâtre et humide des plaques muqueuses, elles laissent au-dessous d'elles le derme simplement enflammé et non ulcéré. Avec les plaques muqueuses, coexistent, d'ailleurs, des taches d'un rouge foncé qui peuvent encore entrer en ligne de compte dans le diagnostic.

Les affections pustuleuses profondes sont l'impétigo et l'ecthyma. Ces manifestations appartiennent, la dernière surtout, à une période

de la maladie plus avancée que celle des accidents dont il vient d'être question.

L'*impétigo syphilitique* a pour siége ordinaire la face; mais la poitrine, le cou, les oreilles, les aines, sont des parties qui n'échappent pas toujours à cette manifestation. Ce qui caractérise cet accident, c'est l'apparition de nombreuses pustules confluentes, lesquelles s'ouvrent promptement et forment par l'évaporation rapide de la partie liquide du pus des croûtes jaunes, épaisses, saillantes. La peau que recouvrent ces croûtes ordinairement circonscrites par une auréole cuivrée est le plus souvent parsemée d'ulcérations grisâtres et peu profondes. Ces ulcérations, l'auréole cuivrée dont il est fait mention, tels sont les signes à l'aide desquels il est possible de distinguer l'éruption dont il s'agit de l'impétigo simple, qui, du reste, occupe habituellement le cuir chevelu.

L'*ecthyma* syphilitique est chez le nouveau-né, comme chez l'adulte, un accident grave et fâcheux. Il se manifeste aux membres et principalement aux jambes et aux fesses par des taches violacées qui se convertissent ensuite en pustules sanguinolentes; bientôt ces pustules sont recouvertes par une croûte épaisse, noirâtre, entourée d'une auréole violacée, et cachant une ulcération profonde taillée à pic, susceptible de produire, en peu de jours, des ravages considérables. Bien qu'elle puisse survenir quelquefois simplement à la suite des privations et de la misère, cette affection, néanmoins, reconnaît presque toujours une origine syphilitique. Le diagnostic en est difficile, au dire du professeur Roger, et ce n'est que par les symptômes spécifiques concomitants qu'il est possible de juger de la nature véritable de cette éruption.

Pemphigus. — Le mot *pemphigus* (πέμφιξ *bulle*) sert à caractériser une lésion cutanée constituée par des bulles qui acquièrent un volume variable depuis celui d'un pois jusqu'à celui d'une noisette ou d'une noix.

Cette lésion, très-analogue à celle que détermine à la surface de la peau l'application des cantharides, se rencontre parfois chez l'adulte; mais on l'observe fréquemment aussi chez l'enfant, soit au moment de la naissance, soit quelques jours plus tard. Tandis que chez l'adulte elle est à peu près toujours indépendante de la syphilis, chez l'enfant, au contraire, elle coexiste le plus souvent avec des altérations dont l'origine syphilitique est incontestable, et

pour cette raison on a voulu voir, depuis longtemps, une liaison causale entre le pemphigus des nouveau-nés et la maladie syphilitique.

Il n'est dans les ouvrages des anciens syphilographes aucun passage qui paraisse se rattacher directement au pemphigus, si ce n'est peut-être le passage déjà cité de Rondelet. Doublet fait mention de pustules isolées, grosses, éminentes, survenant aux mains, aux pieds et particulièrement aux doigts des enfants nés de parents syphilitiques. En 1791, Wichmann (1) non-seulement décrivit cette affection avec précision, mais l'un des premiers il lui assigna pour cause le vice syphilitique. Peu de temps après, en 1794, Osiander (2), dans un traité spécial, refuse d'admettre cette cause. Bertin parle à peine du pemphigus, et la description qu'en donne Stan. Gilibert (3) paraît se rapporter en général à la forme simple de l'affection. Dugès (4) insiste sur l'origine syphilitique du pemphigus, mais sans donner de faits concluants à l'appui de son opinion. Lobstein (5), Jörg (6), Krauss (7), rapportent plusieurs observations de pemphigus, tout en rejetant l'origine syphilitique de cette affection. Cependant, en 1837, Depaul (8) fait entrer dans une phase nouvelle la question qui nous occupe, par le rapprochement qu'il fait du pemphigus des nouveau-nés et de certaines lésions pulmonaires coexistantes. Valleix (9) étudie, de son côté, le pemphigus des nouveau-nés, mais il ne paraît pas avoir observé la forme dont il est ici question. Cruveilhier (10) observe plusieurs cas dans lesquels il y a tout à la fois un pemphigus et une altération pulmonaire (pneumonie lobulaire). En 1847, Stoltz, de Strasbourg, émet l'opinion que le pemphigus des enfants nouveau-nés est le plus souvent syphilitique, il se fonde sur trente cas par lui observés et dans lesquels il a pu trouver des accidents vénériens chez les parents. Hertle défend cette doctrine dans sa thèse inaugurale.

En 1851, s'éleva sur ce sujet, au sein de l'Académie de médecine,

(1) *Beiträge zur Kenntniss des Pemphigus*. Erfurt, 1791.

(2) *Denkwürdigkeiten für die Heilkunde und die Geburtshülfe*, 1794, t. I, p. 383.

(3) *Monographie du pemphigus*. Paris, 1713.

(4) *Recherches sur les maladies les plus importantes et les moins communes des enfants nouveau-nés*. Thèse de Paris, 1821.

(5) *Journal complément. des sciences méd.*, t. VI, p. 3, 1820.

(6) *Handbuch der Kinderkrankheiten*, 1826.

(7) *De pemphigo neo-natorum*, Bonnæ, 1834.

(8) *Bulletins de la Société anat.*, 1837.

(9) *Clinique des maladies des enfants nouveau-nés*. Paris, 1838.

(10) *Anatom. patholog. du corps humain*, 15e livraison.

une discussion restée célèbre. Cazeaux soutint, contre Paul Dubois que le pemphigus plantaire et palmaire des enfants nouveau-nés n'est pas syphilitique ; mais les arguments dont il se sert pour nier toute liaison causale entre le pemphigus et la syphilis ne peuvent résister à ceux que donne le professeur Dubois, à savoir : l'existence habituelle de la syphilis chez les parents des enfants atteints de pemphigus, la coexistence fréquente de cette affection avec des lésions caractéristiques de la syphilis, et enfin la possibilité de la guérison par un traitement mercuriel.

Depuis lors, Desruelles (1), Fèvre (2), Bamberger (3), Ollivier et Ranvier (4), H. Roger (5), sont venus apporter de nouveaux faits à l'appui de la doctrine qui fait du pemphigus des extrémités une manifestation de la syphilis héréditaire. Acceptée de Cazenave, de Danyau, de Devergie, de Huguier, cette doctrine à laquelle se rallient Lebert, Bouchut, Maisonneuve et Montanier, E. Vidal, est celle à laquelle nous donnons notre adhésion. Pourtant, des hommes d'un grand mérite hésitent encore à se prononcer sur ce point ou ne partagent pas l'opinion qui nous paraît la plus exacte ; les uns, comme Ricord et Gubler, faisant du pemphigus des nouveau-nés un signe, tantôt de syphilis héréditaire, tantôt de cachexie ; les autres, avec Trousseau et Lasègue, Gibert, Diday et Bazin, ne voulant voir dans cet accident que l'expression symptomatique d'une cachexie quelconque.

Une vive congestion donnant lieu à un cercle rouge foncé lie de vin, et parfois à une véritable saillie papuleuse, telle est la modification initiale de la portion du derme qui va devenir le siége de l'éruption dont il s'agit. Les bulles ne tardent pas à apparaître, elles sont

(1) Thèse de Paris, 1852.

(2) *Du pemphigus des nouveau-nés*. Thèse de Paris, 1855.

(3) *Beiträge zur Lehre vom Pemphigus* (*Wurzburg medicin. Zeitschr.*, tom. I, part. 1, 1860).

(4) *Du pemphigus des nouveau-nés*, dans *Mémoires de l'Académie de médecine*, 1863-1864, t. XXVI, p. 554 à 607.

(5) *Union méd.*, 1865. — Comparez : *Bulletins de la Société anatomique*, années 1837, 1841, 1842, 1851, 1852, 1853, 1854. — P. Dubois, *Gaz. médicale*, 1850. — Cazenave, *Dict.* en 30 vol. — Hervieux, *Union médicale*, 1852. — Charrier, *Gaz. des hôpitaux*, 1854. — Vanverts, dern. édit., *ibid.*, 1861. — Bouchut, *Traité des maladies des enfants nouveau-nés*. Paris, dern. édit. 1862. — Putegnat, *loc. cit.* Paris, 1854. Voir enfin, pour plus de détails bibliographiques, le mémoire de MM. Ollivier et Ranvier.

confluentes plutôt que discrètes, et la peau sur laquelle elles reposent, offre une teinte bleuâtre ou violette qui contraste avec la couleur rosée des autres parties. Opalines, blanchâtres ou jaunâtres, suivant la qualité du produit de sécrétion, elles varient quant à leur volume et peuvent présenter jusqu'à 1 centimètre et plus en diamètre. Leur contenu est un liquide albumino-fibrineux, au sein duquel nagent des globules de pus et des cellules épidermiques. Le derme, à leur niveau, est plus ou moins profondément lésé; quelquefois ses parties les plus superficielles sont seules atteintes.

Après un court intervalle de temps, la pellicule épidermique qui circonscrit la bulle se rompt et le contenu s'en échappe; il reste alors une légère ulcération suivie d'une cicatrice, ou bien le contenu se dessèche et forme des croûtes jaunâtres ou noirâtres qui persistent pendant un temps plus ou moins long. C'est dans ces conditions que les bords de la plaie, parfois relevés et arrondis, donnent au pemphigus quelques-unes des apparences de l'ecthyma.

Le pemphigus peut précéder la naissance d'un laps de temps assez long pour que, dans quelques cas, l'on puisse voir aussitôt que l'enfant est né des vésicules déjà crevées et vides, à côté d'autres qui commencent à paraître et d'autres qui sont parvenues au terme de leur évolution. Mais d'autres fois cette éruption ne se développe qu'un certain nombre de jours (8 à 15 en général) après la naissance, et s'observe chez des enfants qui jusque-là semblaient jouir d'une parfaite santé.

Le siége de ces accidents mérite d'être précisé avec exactitude. La plante des pieds et la paume des mains sont les lieux de prédilection du pemphigus; rarement il s'étend sur les faces dorsales de ces mêmes parties, et plus rarement encore il envahit d'autres points du corps. Dans tous les cas les régions plantaire et palmaire sont les premières atteintes et ce siége constitue la marque caractéristique en quelque sorte de l'affection. Le pemphigus, comme la plupart des éruptions syphilitiques, procède par poussées successives, ce qui accroît d'autant sa durée; mais chaque bulle met quelques jours au plus à accomplir son évolution.

La mort, terminaison habituelle de ce pemphigus, tient ordinairement aux lésions viscérales concomitantes et à la profonde cachexie dont elles sont la cause. Une diarrhée abondante, des vomissements,

le muguet et un état de faiblesse progressive, tels sont les symptômes précurseurs de ce mode de terminaison.

Le diagnostic du pemphigus, en tant que lésion élémentaire, est en général facile. La difficulté est de savoir découvrir l'origine de cette manifestation et de saisir le lien qui peut l'unir à tel ou tel état diathésique. Sous ce rapport, il importe de tenir compte du siége de l'affection et de son époque d'apparition. Ainsi le pemphigus qui se développe au moment de la naissance ou quelques jours plus tard, et qui se limite à la paume des mains ou à la plante des pieds, est presque sûrement syphilitique ; les autres variétés de pemphigus des nouveau-nés occupent indistinctement les différents points du corps, le tronc et les membres, et quelques-unes d'entre elles ont paru revêtir quelquefois un caractère épidémique. La connaissance des antécédents paternels et maternels peut encore aider au diagnostic. L'ecthyma, qu'il est parfois possible de confondre avec le pemphigus, commence par de petites papules indurées qui suppurent et donnent lieu à des ulcérations profondes ou même phagédéniques.

Le pronostic, toujours sérieux, est d'autant plus grave que la cachexie est plus marquée.

Tel est le pemphigus des nouveau-nés. Quant au pemphigus des adultes, la plupart des auteurs lui refusent une origine spécifique, et en effet cette éruption est extrêmement rare dans le cours de l'évolution syphilitique. Bassereau, cependant, a pu l'observer deux fois dans ces conditions, et il a été conduit à en faire un accident de la syphilis acquise. Dans l'un des deux faits rapportés par cet excellent observateur, le pemphigus, survenu de neuf à dix mois après le début du chancre, coexistait avec des plaques muqueuses, il avait son siége à la paume des mains, il disparut sans laisser de traces.

Le *tubercule syphilitique* est une autre manifestation de la syphilis héréditaire, relativement peu commune. Bertin donne de cet accident une description très-vague. Bassereau rapporte que trois enfants nés de parents syphilitiques furent atteints, peu de jours après leur naissance, de gros tubercules ou tumeurs sous-cutanées qui ne tardèrent pas à se ramollir et à s'ulcérer.

Putégnat prétend que les nouveau-nés qui héritent de la vérole présentent quelquefois une affection cutanée caractérisée par des tubercules arrondis, mamelonnés, qui au bout d'un certain temps se ramollissent et s'ulcèrent. Les ulcérations gagnent en étendue et en pro-

fondeur, détruisant la peau et le tissu sous-jacent; elles se recouvrent d'une croûte épaisse, noirâtre et adhérente, qui chaque fois qu'elle vient à tomber laisse voir une perte de substance de plus en plus large et profonde. Pour ce motif l'auteur donne à cette affection le nom de lupus syphilitique des nouveau-nés. Sur le corps d'un enfant qui venait de naître, Virchow (1) vit des tubercules disséminés de chacun desquels partait un cordon lymphatique relativement volumineux, et au bras gauche tous ces cordons allaient aboutir à un ganglion. Les tubercules de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané, chez les jeunes enfants, ont été, de la part de Rinecker (2), l'objet d'une description minutieuse. Ceux du tissu cellulaire sous-cutané ne paraissent pas avoir échappé à Doublet et à Mahon; il y a lieu, en effet, de songer à ces tubercules dans les cas de tumeurs suppurées mentionnés par ces observateurs.

L'*onyxis*, dont il a été parlé à propos de la syphilis acquise appartient aussi quelquefois à la syphilis héréditaire. Doublet, parlant des pustules isolées des doigts, ajoute : « Quelquefois elles sont placées de manière à chasser les ongles. Un enfant, entre autres, a perdu tous les ongles d'une main et trois d'un pied. » Albers a observé un enfant qui offrit, peu de temps après sa naissance, une petite pustule vers l'ongle du pouce gauche. Bertin a vu deux fois les ongles des pieds et des mains tomber à plusieurs reprises, par suite de la suppuration de la matrice de l'ongle. Gerhardt (3) rapporte un exemple très-analogue : chez un nouveau-né syphilitique, les ongles des pieds et des mains, peu à peu atrophiés et en apparence plus longs et plus étroits, tombèrent pour faire place à des ongles sains, qui subirent bientôt la même altération, et ainsi de suite, trois fois successivement.

Bouchut a vu un petit malade dont les doigts des mains et des pieds étaient atteints de cette affection. Ici, comme dans la syphilis acquise, la chute de l'ongle est un phénomène purement secondaire et toujours subordonné à l'état de la matrice unguéale modifiée par l'accident éruptif.

(1) *Gesammelte Abhandl.*, p. 295.
(2) *Wurzburg Verhandl.*, vol. III, p. 375.
(3) *Journal de Siebold*, t. X, § 553.

§ 2. — Lésions du tégument interne.

L'effet le plus habituel de la syphilis sur ce tégument est la plaque muqueuse; viennent ensuite des érythèmes et des ulcères plus ou moins profonds. Rares sur la langue et à la partie interne des joues, les plaques muqueuses sont plus fréquentes au niveau de l'isthme du gosier, sur le voile du palais et sur les amygdales. Dans ces divers points, où elles ne diffèrent pas notablement, on les retrouve avec des caractères pour ainsi dire semblables à ceux qu'elles présentent chez l'adulte, même teinte opaline, même cercle violacé ou rougeâtre périphérique; elles sont également susceptibles de s'ulcérer et de laisser à leur suite de légères cicatrices.

Les érythèmes et les ulcérations ne diffèrent pas davantage, quant à leurs caractères anatomiques, des mêmes affections observées chez l'adulte. La membrane de Schneider est le siége plus spécial de ces diverses lésions, auxquelles n'échappent pas toujours les muqueuses du larynx et du pharynx.

Coryza syphilitique. — Il n'est pas toujours facile de connaître la lésion élémentaire qui constitue cette affection; mais il y a lieu de croire, en raison de sa fréquente coïncidence avec les premières manifestations de la syphilis héréditaire, qu'elle est causée, soit par un simple érythème, soit par la présence de plaques muqueuses. En tout cas, l'entrée des narines est généralement gercée et radiée par des fissures ou de petites ulcérations qui se manifestent surtout aux angles des ailes du nez, et en grande partie obstruée par des croûtes à travers lesquelles suinte un liquide plus ou moins sanieux. La muqueuse est rouge ou blanchâtre, boursouflée; plus tard elle est quelquefois ulcérée, les cartilages mêmes peuvent être érodés. Les os perdent leur soutien, le nez s'aplatit, s'écrase; la partie supérieure, déjà peu saillante chez les jeunes enfants, s'étale encore, ce qui donne au visage un aspect étrange (1). Ces derniers accidents, toutefois, sont relativement rares dans la syphilis congénitale.

La pharyngite et la laryngite, manifestations beaucoup plus rares, ont été à peine observées. La laryngite est sans doute la cause de cette raucité du cri et de la toux qu'on observe quelquefois chez le nouveau-né. Mayr (2) a constaté la rougeur de la membrane muqueuse

(1) Voy. Trousseau, *Cliniq. méd. de l'Hôtel-Dieu*, t. II.
(2) *Ann. des malad. de la peau et de la syph.*, t. IV, p. 288.

du larynx dans les autopsies qu'il a pu faire. Le docteur H. Roger tient pour douteux le fait d'un enfant dont le larynx présenta après la mort une ulcération de la membrane muqueuse avec carie d'un cartilage (1).

§ 3. — Appareil de la locomotion.

Si on n'avait égard qu'aux faits, on serait forcé d'avouer que les lésions musculaires font défaut dans la syphilis héréditaire, puisqu'il n'y a, à notre connaissance du moins, aucune observation qui les mentionne; cependant, comme on se préoccupe généralement fort peu, dans les autopsies, de l'état du système musculaire, il est au moins possible d'admettre par analogie que ce système n'est pas toujours exempt d'altération.

Quoique rares, les lésions du périoste et des os ont été plusieurs fois observées. Diday a pu en rassembler six cas qu'il a trouvés dans des auteurs spéciaux. Mais, dans cinq de ces cas, un de Doublet, un autre de Mahon, un troisième de Rosen, deux autres, dont l'un de Laborie (2) et l'autre de Cruveilhier (3), il s'agit de lésions osseuses ayant succédé à des gommes suppurées ou à des ulcérations des fosses nasales ou de la voûte palatine. L'altération de l'os est directe toutefois dans un cas de périostose rapporté par Bertin, et dans un autre de Underwood (4) où il s'agit d'une exostose du crâne développée chez un jeune enfant. Cullerier (5) aurait vu, dans un cas, la syphilis congénitale attaquer primitivement les os et le tissu cellulaire. Desmarres (6) fait mention d'un enfant atteint d'une syphilide papuleuse et d'écoulement muqueux, chez lequel deux abcès développés à la surface du crâne ne guérirent qu'après l'élimination de parties osseuses assez larges. Baerensprung (7) a figuré une vaste nécrose des os du crâne, et tout récemment A. Fournier a communiqué à la Société médicale des hôpitaux (8) deux cas de tumeurs, vraisemblablement des hyperostoses, développées sur les os de l'avant-bras. Bouchut dit avoir observé assez souvent une lésion

(1) *Union méd.*, p. 233.
(2) *Bullet. de l'Académ. de méd.*, 1er juillet 1851.
(3) *Traité des maladies des enfants*, traduit de l'anglais. Paris, 1786.
(4) *Anat. path.*, 15e livr.
(5) *Bullet. de la Société de chirurgie.*
(6) *Traité pratique des malad. des yeux*, 2e édit., t. I, p. 626.
(7) *Die hereditäre Syphilis.* Berlin, 1864.
(8) Voir *Union médicale*, no 34, p. 540, mars 1865.

qui consiste dans le durcissement prématuré des os longs. Le tissu de la partie moyenne de ces os est solide, compacte, impossible à casser ou à diviser par l'instrument tranchant.

Une lésion un peu différente et à laquelle on peut donner le nom de *décollement des épiphyses* paraît rentrer encore dans le domaine de la syphilis héréditaire, à cause de sa coexistence habituelle avec d'autres manifestations syphilitiques; elle a pour siége spécial les cartilages épiphysaires. Valleix (1), l'un des premiers, a noté son existence sans supposer qu'elle pût avoir une origine spécifique. Plus récemment, Bargioni (2) et Ranvier (3) ont publié chacun un cas de syphilis héréditaire avec altération de la plupart des cartilages épiphysaires. Il y avait dans le fait de Ranvier un décollement consécutif des épiphyses. Bargioni signale en outre l'existence, au niveau des épiphyses, de productions gommeuses qui se retrouvent dans d'autres points du système osseux. Ces mêmes lésions ont été observées par moi chez un jeune enfant mort à l'Hôtel-Dieu.

§ 4. — Appareil génito-urinaire.

Les lésions des parties génitales externes ne différant pas des éruptions ci-dessus décrites, je n'ai rien à en dire. Les organes plus profondément situés sont très-rarement affectés. Un cas de syphilis héréditaire avec tuméfaction du testicule a été rapporté par North; la même affection a été vue par Bryant (4) chez un enfant de six mois.

Les lésions des reins n'ont pas, que je sache, été signalées. Mon excellent confrère le docteur Tarnier ayant eu l'obligeance de me donner à examiner les différents viscères d'un enfant né de parents syphilitiques, je constatai, en même temps que l'altération du foie si bien décrite par Gubler, l'existence d'une lésion rénale caractérisée par un épaississement de la trame de la substance conjonctive et une altération granulo-graisseuse des cellules épithéliales des tubuli (voy. pl. III). Les reins, assez fermes, étaient remarquables par une teinte jaunâtre très-semblable aux taches qui souvent, dans les mêmes conditions, apparaissent à la surface du foie.

(1) Décollement de plusieurs épiphyses des os longs avec abcès sous le périoste et productions osseuses remarquables chez un nouveau-né, *Bulletin de la Société anatomique*, t. IX, p. 169.

(2) *La Sperimentale*. Juillet, 1864.

(3) *Bullet. de la Société de biologie*, et *Gaz. méd. de Paris*, p. 596, 1864.

(4) *Medical Times and Gaz.*, déc. 1863, p. 614.

§ 5. — Appareil de la digestion.

Canal alimentaire. — La syphilis héréditaire, comme la syphilis acquise, atteint rarement les tuniques du tube digestif. Les plaques muqueuses ou l'érythème de la membrane tégumentaire bucco-pharyngée sont les principales lésions qui se voient dans cet appareil.

Récemment Forster (1) a trouvé une dégénérescence fibroïde des glandes de Peyer chez un enfant syphilitique qui mourut le sixième jour après sa naissance et qui entre autres affections présentait une pneumonie lobulaire et une bronchite purulente. Au niveau des glandes de Peyer existaient des masses saillantes, à surface lisse, d'une teinte rose grisâtre, jaunâtre au centre, et constituées en grande partie par des noyaux, des cellules, et des fibres de tissu conjonctif, substitués aux éléments glandulaires.

Péritoine. — Un célèbre accoucheur d'Édimbourg, Simpson (2), admet sans hésiter l'existence d'une péritonite syphilitique héréditaire. Son opinion se base sur trente et une observations personnelles; mais ces observations, il faut le reconnaître, sont loin d'être toutes parfaitement concluantes. Les unes laissent en doute la question de l'hérédité, les autres font à peine mention de l'état des organes de l'abdomen et particulièrement du foie. Néanmoins, le fait signalé par Simpson paraît être exact. Dans trois cas de syphilis héréditaire, Wilks a trouvé des adhérences entre le foie et le diaphragme et deux fois une péritonite généralisée. La péritonite s'observe d'ailleurs, ainsi que nous le savons, dans la syphilis acquise, tantôt localisée à la surface d'un organe tel que le foie, tantôt plus étendue et plus générale. Gubler a également noté dans plusieurs cas de syphilis hépatique, des traces de périhépatite. Baerensprung (3) a vu dans maintes circonstances, à la surface du foie, de la rate ou même des intestins, des dépôts pseudo-membraneux mous et peu consistants, ou fermes et résistants et comme ligamenteux. Les caractères de cette affection sont ceux de la péritonite chronique adhésive, c'est-à-dire d'une lésion qui ne se manifeste ni par la suppuration, ni par une marche rapide, ni par des symptômes aigus.

(1) *Wurzburg medicinische Zeitschrift*, 1863, t. IV, part. 1, 1863.
(2) *Edinburg med. and surg. Journ.*, n° 37, et *Obstetric. Works*, Obs. V, VI, VII, t. II, p. 172.
(3) *Die hereditäre Syphilis.* Berlin, 1864.

Le *pancréas* est rarement lésé chez le fœtus ou chez le nouveau-né qui hérite de la syphilis. Virchow (1) a observé dans un cas la dégénérescence graisseuse de cette glande, et d'autres auteurs ont pu noter quelquefois l'induration de ce même organe. Quant aux glandes salivaires, il n'est aucun fait qui dans l'espèce fasse connaître leur altération.

§ 6. — Appareil de l'hémopoïèse.

Foie. — Le foie est l'un des organes qui subissent le plus fréquemment les atteintes de la syphilis héréditaire, et ce fait ne doit pas étonner, lorsqu'on connaît les importantes fonctions de cette glande chez le fœtus, et la facilité avec laquelle elle est susceptible de s'altérer dans la syphilis de l'adulte. Peu ou pas connues des anciens auteurs, les lésions hépatiques liées à la syphilis héréditaire sont de deux ordres, les unes diffuses, les autres circonscrites et très-analogues aux lésions gommeuses.

Gubler a le mérite d'avoir, pour la première fois, bien décrit les lésions diffuses, qui dans l'espèce sont les plus fréquentes.

« Le foie, plus volumineux qu'à l'état normal, est turgide, globuleux, élastique, dur, difficile à entamer avec les doigts, qui finissent par le déchirer sans laisser aucune impression à sa surface. Modifié dans toute son étendue ou seulement dans certains points, il présente une coloration jaune particulière, comparable à certaines pierres à fusil, et dans quelques cas il est parsemé de petits grains blancs opaques ayant l'aspect de grains de semoule : à la coupe, son tissu homogène laisse voir des stries vasculaires et des grains opaques irrégulièrement disséminés, des taches jaunâtres plus ou moins larges et étendues. L'injection démontre que la trame vasculaire est à peu près imperméable. A l'examen microscopique, on observe au sein de la glande une quantité souvent considérable, quelquefois énorme, d'éléments fibro-plastiques, à tous les degrés d'évolution, et au milieu desquels les cellules de l'enchyme sont dispersées et pour ainsi dire noyées (2). Cette altération peut n'occuper que des parties circonscrites, se limiter à l'un des lobes, ou envahir toute l'étendue de l'organe hépatique. La bile est d'un jaune pâle et très-filante ; le sang, pres-

(1) *Syphilis constitutionnelle*, traduct. franç. de Picard. Paris, 1859.

(2) *Mémoire sur une nouvelle affection du foie*, etc., *Soc. de biolog.*, p. 25, t. IV, 1852.

que toujours altéré, offre la consistance de la gelée de groseille. »

Le plus souvent des symptômes dont l'origine syphilitique n'est pas contestable coexistent avec ces lésions, qui ont été vues par Trousseau, Horteloup, Cullerier, Depaul, Lenoir, Lebert, Desruelles, Cazenave et la plupart des médecins français et étrangers (1); en sorte qu'on ne peut plus douter du lien qui les unit à la syphilis. Les petits grains ou nodules blanchâtres disséminés dans le foie, auxquels Wagner donne le nom de syphilome miliaire, diffèrent de la tumeur gommeuse proprement dite par ce seul fait qu'ils ne laissent pas, comme cette dernière, des cicatrices appréciables à leur suite. Cette différence, il est permis de le supposer, n'est vraisemblablement que l'effet d'une plus grande acuïté dans la marche de l'affection et dans sa terminaison presque nécessairement fatale. Une fois, cependant, Cullerier (2) trouva chez un enfant guéri par le protoiodure de mercure la surface du foie couverte d'une plaque fibreuse, sorte de cicatrice qui lui parut avoir succédé à une infiltration plastique.

Tel est le premier mode de l'altération syphilitique du foie propre au fœtus et à l'enfant nouveau-né ; voyons en quoi consiste le second mode, plus rare que le précédent et dont Testelin (3), Thiry (4), Wedl (5), Zeissl (6), Schott (7), ont observé des exemples.

Dans des cas rapportés par Testelin, le foie d'un enfant de sept mois, élastique, jaune-brunâtre, lourd, volumineux, contenait des tumeurs du volume d'une noix à celui d'une noisette. Le nouveau-né observé par Wedl était atteint de pemphigus, et il présentait à la face convexe du foie un noyau ovalaire, du volume d'un haricot, d'une nuance jaune éclatante à son centre, plus résistant que le tissu hépatique ambiant; la mère de cet enfant était affectée de syphilis secondaire. Chez un enfant né dans de semblables conditions et qui succomba quelques jours après sa naissance, j'ai trouvé une tumeur ferme, élas-

(1) Comparez : Hecker, *Verhandl. der Gesellschaft, f. Geburtsch.* Berlin, 1857, VIII, p. 131. — Bamberger, *Virchow's Handb. der Path.*, t. II, p. 561. — Thiry, *Gaz. hebdomad.*, p. 141, 1859. — Howitz, *Hospit. Tidende*, 1862, nos 32-35, et *Zeitschrift f. Kinderskrankh.*, 1863, p. 365. — Testelin, Forster, E. Wagner, loc. cit.

(2) Cité par Diday, p. 154.

(3) *Journ. médic. de Bruxelles*, octobre 1858.

(4) *Presse médic. belge*, 1858, n° 22.

(5) *Grundzüge der pathologischen Histologie*, p. 299, Wien, 1853.

(6) *Lehrbuch der const. Syphilis.* Erlangen, 1864.

(7) *Jahrbuch der Kinderheilkunde*, 1861, IV.

tique, résistante, de coloration blanchâtre à la coupe, située vers la partie moyenne du foie.

Les diverses lésions en question ne se révèlent, d'ordinaire, que tardivement, c'est-à-dire lorsqu'elles sont arrivées à une période avancée de leur évolution. Comme l'a vu Portal, les petits enfants gémissent, agitent incessamment les jambes en signe de souffrance; ils sont pris de vomissements, ils ont de la diarrhée, sinon de la constipation. Le ventre, météorisé, est sensible à la pression; le pouls, accéléré, faiblit peu à peu, l'expression de la face s'altère de plus en plus, la peau prend une teinte jaunâtre ou terreuse, l'amaigrissement est rapide et progressif : c'est une détérioration générale, un véritable marasme. Alors, le palper et la percussion dénotent un volume et même une dureté plus considérables du foie.

L'ictère est assez peu fréquent pour que Gubler ne l'ait observé dans aucun cas; l'ascite et l'œdème des extrémités inférieures ont été observés seulement quelquefois, en sorte que c'est plutôt dans l'état général que dans l'état local qu'il faut ici chercher les symptômes. La marche de ces lésions est lente et chronique ; la cachexie survenant, la mort ne se fait pas longtemps attendre.

Le diagnostic repose sur l'observation des symptômes ci-dessus et sur la connaissance des antécédents morbides des parents du petit malade. Le pronostic est d'autant plus sérieux que la lésion hépatique est plus étendue.

La *rate*, fréquemment affectée chez le nouveau-né syphilitique, présente assez rarement les dépôts diffus ou circonscrits que l'on observe dans le foie. Peu d'auteurs signalent l'infiltration plastique de cet organe; mais, en revanche, un plus grand nombre s'accordent à reconnaître, comme nous, que souvent il est seulement plus ferme et plus volumineux (hypertrophie) que dans l'état ordinaire.

Les *ganglions lymphatiques*, si fréquemment lésés dans la syphilis acquise, ne sont pas davantage à l'abri des atteintes de la syphilis héréditaire. Hutchinson (1) a vu sur un enfant de cinq mois la plupart des ganglions bronchiques infiltrés de cette forme de dépôts fibrineux que l'on trouve si souvent en connexion avec la syphilis acquise. Cet enfant, né de parents syphilitiques, était porteur d'une éruption cutanée; il avait joui d'une bonne santé pendant les deux

(1) *Med. Times and Gaz.*, 17 juillet 1858.

premiers mois de son existence. L'augmentation de volume et l'altération de ces mêmes glandes se trouvent notées dans plusieurs des nombreux faits rapportés par Baerensprung. Cette modification ne diffère pas ici de celle que l'on observe dans les autres organes, elle est constituée tantôt par une infiltration diffuse d'éléments nouveaux, tantôt par de petites tumeurs circonscrites. Les ganglions de l'épiploon gastro-hépatique et du mésentère en sont le siége le plus habituel.

Les *capsules surrénales* se font remarquer, dans un grand nombre de faits de syphilis héréditaire, par un accroissement de volume très-manifeste. Virchow a constaté cette augmentation de volume chez des enfants atteints de syphilis congénitale, et il note de plus dans un cas une dégénérescence graisseuse complète de ces glandes. Baerensprung a trouvé, dans les mêmes conditions, la substance corticale des capsules surrénales envahie par des amas de noyaux et de jeunes cellules de tissu conjonctif, modification très-analogue à la lésion diffuse du foie. Hyperhémiées dès l'abord, les capsules surrénales n'ont jamais présenté plus tard ces points blancs miliaires si fréquents dans le foie.

Le *thymus*, en raison même de son activité fonctionnelle pendant la vie intra-utérine, semble déjà prédisposé à subir l'influence de la syphilis héréditaire. On ignorait toutefois quelle pouvait être cette influence, lorsque, en 1850, le professeur P. Dubois (1), s'attachant à rechercher la cause de la mort des nouveau-nés syphilitiques trouva chez un certain nombre une altération du thymus qui se présentait sous une forme presque toujours identique, et qui était caractérisée par la présence de pus disséminé ou réuni en foyers au sein de l'organe. Depuis cette époque, quelques observations sont venues s'ajouter à celles du célèbre accoucheur français. Depaul rencontra une fois dans chacun des lobes du thymus une cavité remplie par une matière grumeleuse, jaunâtre et épaisse. Weber (2) rapporte un cas d'abcès de cette même glande. C. Hecker (3), Desruelles, Braun, Spath et Wedl (4), ont constaté de semblables altérations. Mais faut-il admettre qu'il s'est agi de foyers purulents dans tous ces faits, et ne

(1) *Gaz. méd. de Paris*, 1850, p. 392. — Voyez même journal, 1851.

(2) *Beiträge zur patholog. Anat. der Neugebornen*, Kiel, 1852, vol. II, p. 75.

(3) *Verhandl. der Berliner Gesellsch. f. Geburtsch.*, vol. VIII, p. 117 à 122.

(4) Wedl a trouvé une fois au centre de l'un des lobes du thymus une cavité remplie d'un pus mélangé de sérosité.

vaut-il pas mieux penser à l'existence de productions gommeuses ramollies, métamorphosées et confondues avec des abcès? C'est ce que nous ne saurions décider d'une façon absolue, bien que nous inclinions pour la dernière hypothèse, à cause de la rareté des formations purulentes dans la syphilis constitutionnelle. Un cas de Lhemann (1), dans lequel le thymus, le foie, la dure-mère étaient le siége de tumeurs formées de tissu conjonctif ayant subi la métamorphose graisseuse, serait jusqu'à un certain point favorable à cette idée, que les lésions syphilitiques du thymus ne suppurent pas plus que celles des autres viscères. La description que l'on trouve dans le cas rapporté par Desruelles semble d'ailleurs se rattacher à une tumeur gommeuse bien plutôt qu'à un abcès.

Au demeurant, les manifestations syphilitiques du thymus se montrent sous forme de foyers ou de tumeurs circonscrites; les lésions diffuses qu'on a cru y voir peuvent être mises en doute, beaucoup d'observateurs du moins ne les ont pas rencontrées. Il y a lieu de les chercher à l'avenir et de préciser leur caractère, si tant est qu'elles existent.

Altérations du sang. — Avec ces nombreuses lésions glandulaires, on conçoit que le liquide sanguin puisse être altéré ; c'est en effet ce qui arrive, comme il est facile de s'en convaincre par les nombreux épanchements de sang qui se rencontrent après la mort dans les différentes cavités naturelles ou même dans l'épaisseur de certains parenchymes.

Cette altération, pour n'avoir pas été signalée jusqu'ici d'une façon particulière, n'en est pas moins fréquente. Dans le cas de Hutchinson, il est dit que le péricarde était rempli de sang coagulé. Un grand nombre des observations rapportées par Baerensprung font mention d'épanchements sanguins dans la cavité du péricarde ou même dans les cavités des plèvres ou des méninges.

Avant de connaître ces faits, j'avais moi-même observé plusieurs cas de syphilis héréditaire avec lésions viscérales et épanchements sanguins multiples. L'observation suivante ne manque pas d'intérêt à cet égard.

La fille X....., âgée de 25 ans, accouche à l'hôpital de la Pitié (janvier 1860) d'un enfant à terme et qui succombe cinq à six heures plus tard. A l'autopsie, je constate sous le péricrâne la présence de nom-

(1) *Würzburg med. Zeitschrift*, 1863, vol. IV, p. 7.

breuses taches ecchymotiques ; ces mêmes taches se retrouvent en moindre abondance dans le tissu cellulaire sous-cutané des membres et à la surface des poumons et du péricarde dont la cavité est en partie remplie par un liquide sanguinolent. Le foie, volumineux, ferme et résistant sous le doigt, présente une teinte jaunâtre cuir de botte. La rate est dure, ferme et volumineuse ; les reins paraissent normaux.

La mère de cet enfant m'apprend que le père est atteint d'une maladie syphilitique ; pour son compte, elle ne s'est jamais aperçue de rien.

§ 7. — Appareil de la circulation.

Förster, le seul auteur à notre connaissance qui fasse mention des lésions de cet appareil, dit avoir observé une endocardite syphilitique chez un enfant de six semaines ; mais les preuves qu'il donne sur la nature de cette affection ne sont pas convaincantes (1). Il n'est aucun fait de lésions artérielles survenues dans la syphilis héréditaire, et si on voit quelquefois des cas de thrombose veineuse chez des enfants infectés par hérédité, il faut reconnaître que cet accident est bien plutôt l'effet de la cachexie que d'une modification qui porterait primitivement sur les parois veineuses ; ces parois, teintes le plus souvent par la matière colorante, doivent ce phénomène à la fluidité du liquide sanguin dont les globules blancs sont fréquemment augmentés en nombre.

§ 8. — Appareil de la respiration.

Les organes respiratoires sont par contre fréquemment atteints chez les jeunes enfants qui succombent à la syphilis héréditaire. Les altérations que l'on y constate occupent généralement les poumons; elles sont de deux ordres, diffuses et sous forme de pneumonie lobulaire, circonscrites et sous forme de tumeurs en tout analogues aux tumeurs gommeuses de l'adulte.

Lésions diffuses, pneumonie. — Devergie (2), est l'un des premiers observateurs qui parlent de ces lésions, mais il ne s'occupe pas du lien qui peut les unir à la syphilis.

Deux enfants bien constitués et à terme, rapporte cet auteur, périrent immédiatement après l'accouchement, qui n'avait pas été la-

(1) *Würzburg med. Zeitschrift*, t. X, p. 29.
(2) *Annales d'hygiène*, n° d'avril 1831.

borieux. Les poumons étaient très-volumineux, compactes, charnus, plus denses qu'à l'état normal, très-lourds, décolorés et blafards; ils se précipitaient au fond de l'eau même lorsqu'ils étaient coupés par fragments. Leur tissu était infiltré d'un liquide séreux incolore, qu'on ne faisait sortir qu'avec peine du tissu cellulaire qui le renfermait. L'air n'y pénétrait pas lorsqu'on les insufflait. Cette altération ne constituait ni le squirrhe, ni l'induration blanche qui précède la suppuration des tubercules; c'était une sorte de *durcissement lardaciforme, tenant le milieu entre l'état squirrheux lardacé et la mollesse* ordinaire du tissu des poumons des enfants nouveau-nés.

Ch. Robin et Lorain (1) ont étudié avec grand soin cet état particulier, dans un cas qui s'est présenté à leur observation. C. Hecker (2), Virchow (3), F. Weber (4), ont rapporté des faits relatifs à cette altération que Howitz (5) désigne par la dénomination d'infiltration syphilitique du poumon. Ranvier (6) a dernièrement présenté à la Société de biologie les divers organes d'un enfant nouveau-né dont les poumons avaient subi la même modification.

Les poumons ainsi affectés remplissent presque toute la cavité de la poitrine, et souvent ils conservent l'empreinte des côtes; leur surface, lisse, marbrée, offre un aspect peu différent de celui des poumons pleins d'air, si ce n'est qu'elle est plus pâle. Ces organes sont fermes, lourds, plus denses que l'eau, ils contiennent de l'air dans quelques parties seulement et ne se laissent plus partout insuffler comme les poumons sains du fœtus. L'air qui pénètre sur quelques points est arrêté ailleurs, et de là un emphysème partiel par suite de la rupture de quelques-unes des vésicules pulmonaires. Les portions de parenchyme altérées résistent et se coupent nettement; la surface de section en est unie, lisse, brillante, d'un blanc à peine rose (couleur de chair), quelquefois marbré de taches blanches, sur un fond rougeâtre. On y voit des masses compactes, séparées par les cloisons interlobulaires épaissies, et ayant la consistance du tissu

(1) *Gaz. médicale*, 1855, p. 186, et *Bull. de la Société de biologie*.
(2) *Verhandl. der Berliner Gesellsch. für Geburtsch.*, vol. VIII, p. 126.
(3) *Gesamm. Abhandl.*, p. 595.
(4) *Beiträge zur pathol. Anat. der Neugeborn.*, II, p. 47.
(5) *Hospital Tidende*, 1862, nos 10 et 11, et *Behrend's Syphilidolog.*, 1862, t. III, p. 601.
(6) *Gaz. médic. de Paris*, 1864. *Comptes rendus des séances de la Société de biologie*, 3e série, t. IV, 1863, p. 51.

hépatique. C'est en effet une sorte d'hépatisation blanche et très-ferme. Les fines ramifications des bronches et les vaisseaux sanguins sont généralement rétrécis par suite de la compression. Wagner a trouvé les bronches remplies d'un mucus purulent et d'une petite quantité d'air. A l'examen microscopique il a vu les alvéoles complétement effacées ou seulement rétrécies, irrégulièrement carrées ou hexagonales, ou bien cloisonnées et allongées en forme de fuseaux ; le tissu conjonctif interalvéolaire était épaissi, dans la plupart des cas, par des molécules riches en albumine et en graisse, entre lesquelles se trouvaient des noyaux et des cellules de nouvelle formation, atrophiés et subissant la métamorphose graisseuse.

Cette infiltration pulmonaire ou induration syphilitique des poumons, diffère de l'hépatisation grise, affection avec laquelle elle n'est pas sans quelque analogie, par la dureté plus grande du parenchyme lésé, sa résistance à la pression, sa coloration blanchâtre ou rosée, et par la nature des manifestations concomitantes.

Les ganglions bronchiques, simultanément lésés, sont augmentés de volume, ils offrent une teinte rougeâtre ou d'un gris jaunâtre.

Les *lésions pulmonaires circonscrites* sont signalées par Portal dans le fait suivant, qui, malgré l'apparition un peu tardive de la lésion pulmonaire, paraît, néanmoins, à l'abri de toute contestation (1). « Dans le corps d'un enfant né de parents infectés de virus vénérien et mort à l'âge de trois ans, on découvrit extérieurement de véritables pustules vénériennes ; les glandes du cou étaient gonflées, celles du mésentère, des aines et des aisselles étaient obstruées et pleines d'une humeur blanchâtre, de la consistance de la bouillie. Le poumon droit était presque entièrement détruit par la suppuration, il y avait quelques abcès dans le lobe supérieur du poumon gauche, et le reste de la substance des deux lobes inférieurs était dur comme du cuir racorni ; l'artère pulmonaire et les cavités du cœur droit étaient très-dilatées, et la substance musculaire des ventricules était singulièrement ramollie. »

Ce fait avait passé inaperçu, et en réalité les lésions dont il s'agit ne sont véritablement connues que depuis les recherches du professeur Depaul (2). Cet auteur indiqua, dès 1837, le lien de causalité qui les

(1) *Observ. sur la phthisie pulmonaire*, t. I, p. 530, 1809.

(2) *Bullet. de la Soc. anat.*, novembre 1837, et *Mémoire sur une manifestation de la syphilis congénitale* (*Mém. de l'Acad. impér. de médecine*), Paris, 1853, t. XVII.

réunit à la syphilis, et, plus tard, il consigna dans un mémoire académique deux faits où elles sont parfaitement décrites. Dans l'un de ces faits, une bosselure du volume d'une petite noix, saillante, d'une teinte jaunâtre, ramollie à son centre, est la seule production observée. Dans l'autre, les lobes supérieurs des poumons contiennent une masse irrégulière, arrondie, et du volume d'une grosse noix. D'autres masses plus petites sont disséminées dans les autres lobes, il y en a six à droite et cinq à gauche, la moins volumineuse égale une noisette; ces différents noyaux, incisés, sont formés par un tissu compacte d'un jaune grisâtre, et au centre de chacun d'eux on rencontre une cavité d'où s'écoule un liquide jaunâtre, séro-purulent, variable en qualité, selon le volume de l'induration. Cette même lésion pulmonaire a été retrouvée par Ch. Desruelles chez un fœtus atteint de pemphigus et de l'altération du foie que nous connaissons. C. Hecker (1) l'a également observée, et Virchow l'aurait aussi rencontrée une fois (2).

D'un autre côté, Lebert a fait dessiner une tumeur gommeuse trouvée dans le poumon d'un enfant affecté de syphilis congénitale (3). Le fait suivant, que nous avons pu observer à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Vigla, avec notre ami M. Landeta, ne diffère pas des cas ci-dessus indiqués.

Un nouveau-né, d'apparence assez chétive et atteint d'un pemphigus ayant pour siége principal la paume des mains et la plante des pieds, succomba quelques jours après sa naissance, 1863, dans le service de M. Vigla à l'Hôtel-Dieu. La mère, qui niait toute espèce d'antécédent spécifique, ne voulut donner aucun renseignement sur la santé du père.

Autopsie. — Le cerveau, le foie et les reins paraissent intacts; seulement, dans l'un des poumons, il existe vers la partie moyenne une tumeur arrondie du volume d'une petite noisette, d'une coloration blanche-jaunâtre, d'une consistance assez ferme à la circonférence, mais plus molle au centre. Cette tumeur est entourée d'une zone de tissu fibreux, et dans le voisinage le parenchyme pulmonaire est tout à fait sain. Vers la base et dans l'épaisseur du lobe inférieur se rencontre une autre tumeur ayant la forme d'un haricot, et dont

(1) *Verhandl. der Berlin. Gesells. für Geburtsch.*, t. VIII, p. 126.
(2) *Gesamm. Abhandl.*, p. 595.
(3) *Anat. pathol.*, Paris, 1857, pl. CLII, fig. 3 et 4.

le hile se trouverait comblé par un tissu grisâtre et vasculaire; la surface de ce lobe présente encore une tumeur pisiforme, plus petite, mais aussi plus ferme et plus grisâtre que les précédentes. (Voy. pl. II, fig. 5.) La structure de ces tumeurs n'est pas tout à fait identique; des fibres fines de tissu conjonctif, entre lesquelles sont interposées de nombreuses granulations élémentaires, entrent pour une grande part dans leur composition. Ces éléments sont abondants dans les parties périphériques; mais à mesure qu'on avance vers le centre, il n'existe plus que des globules ronds ou elliptiques et très-granuleux; puis dans la partie centrale, on ne trouve que des granulations moléculaires graisseuses (1).

Citons enfin le cas, rapporté par Martineau, d'une lésion pulmonaire chez un enfant qui succomba au bout de trois jours et sur lequel Cornil a donné des détails micrographiques très-complets. Ici toutefois l'origine syphilitique de l'altération des poumons pourrait paraître douteuse, puisque l'enfant ne portait aucune trace de pemphigus, et que la mère ne contracta la vérole que vers le quatrième mois de sa grossesse (2).

Au résumé, dans les faits que nous venons de passer en revue, le produit pathologique s'est toujours montré sous forme de tumeurs plus ou moins nombreuses, du volume d'un pois, d'une noisette ou d'une noix, et ces tumeurs, parfaitement circonscrites, fermes ou ramollies à leur centre, de couleur ordinairement jaunâtre, ne diffèrent pas des gommes qui, sous l'influence de la syphilis accidentelle, se développent dans les organes. On y retrouve à divers degrés de développement ou d'altération les éléments de tissu conjonctif propres à l'infiltration diffuse, moins les cellules épithéliales. La zone de tissu fibreux qui les enveloppe parfois, leur nombre relativement peu considérable, et aussi leurs caractères microscopiques, sont autant de circonstances qui permettent de les distinguer du tubercule vrai du poumon, lésion très-rare à cet âge de la vie.

A ces altérations correspondent des troubles fonctionnels particuliers, peu différents de ceux qui se rencontrent en pareille circonstance chez l'adulte, mais plus difficiles à observer, tant à cause de

(1) Voyez *Gaz. hebdomad.*, 1864, p. 649.

(2) *Bull. de la Soc. anatom.*, 1862, p. 486, et comparez : Förster, loc. cit. — Kobner, *Klinische und experimentelle Mittheilung*, etc. p. 117, Erlangen, 1864. — Baerensprung, *Hered.*, *Syphilis*, p. 103, 168, planche VII.

l'état de faiblesse que de la rapidité de la mort des enfants affectés. Matité et absence du murmure vésiculaire, tels sont les signes que fournit l'exploration physique, lorsqu'elle est possible. Les enfants naissent le plus souvent avant terme, ils sont malingres, jaunâtres, cachectiques, peu développés, et la plupart sont atteints d'un pemphigus qui a pour siége spécial la paume des mains et la plante des pieds. Avec ces affections coexistent parfois des lésions viscérales et en particulier des altérations de la glande hépatique; aussi la vie se trouve gravement compromise et la mort ne tarde généralement pas ; elle a lieu ordinairement dans les huit ou quinze premiers jours après la naissance.

Un diagnostic précis est difficile ; mais en présence d'un pemphigus des extrémités et d'un état cachectique avec dyspnée, il y a lieu de soupçonner l'existence d'une affection syphilitique héréditaire du côté de l'appareil de la respiration.

§ 9. — Appareil de l'innervation.

Moins fréquemment que le foie, que les poumons et les glandes hémopoiétiques, les centres nerveux sont affectés de syphilis héréditaire. Robin a constaté l'existence d'une sclérose cérébrale chez un enfant qui succomba dans le service de Legroux (1), et que l'on pouvait regarder comme entaché de syphilis héréditaire. La lésion de la moelle épinière constatée chez les deux fœtus observés par Potain (Voy. p. 487), ne diffère pas de la sclérose, et ainsi la syphilis héréditaire peut produire des modifications des centres nerveux très-analogues aux lésions diffuses que l'on observe parfois chez l'adulte; l'altération circonscrite ou gommeuse de ces centres se rencontre aussi. Les méninges (2) et le cerveau (3) peuvent en être également atteints.

Virchow a vu des nouveau-nés syphilitiques présenter dans la substance cérébrale de petits foyers blanchâtres ou jaunâtres, constitués par des amas de granules graisseux (4). Chez un enfant de deux ans, atteint de paralysie syphilitique de l'oculo-moteur, de Græfe trouva

(1) *Union méd.*, 19 juin 1858.
(2) Voy. Howitz, *Behrend's Syphilidologie*, 1862, vol. III, p. 604, et p. 445 de ce livre.
(3) Scholl, *Mayr's Zeitschrift für Kinderheilkunde*, IV, 4.
(4) *Syphilis constitut.*, p. 4.

plusieurs foyers de ramollissement cérébral (1), et, dans le cas d'un enfant affecté d'un abcès du bras qui n'était probablement qu'une tumeur gommeuse suppurée, Hutchinson et Jackson purent penser qu'il existait un dépôt plastique, comprimant la moelle et affectant les racines des nerfs (2).

L'hydrocéphale est un autre genre d'altération qui, suivant quelques observateurs, se rattacherait parfois à la syphilis héréditaire. Haase (3) rapporte l'observation d'une femme qui fut atteinte de chancre dans le cours de la première moitié de sa grossesse, le mari avait eu des chancres et une angine syphilitique. Cette femme eut trois accouchements d'enfants morts au huitième mois. A la quatrième grossesse, elle met au monde un enfant hydrocéphale, paralysé de côté gauche, qui présentait des taches pourprées, disséminées sur la peau. Cet enfant mourut au bout de six mois. La cinquième grossesse amena un enfant à terme, dont la peau était livide et d'un rouge foncé ; à la sixième grossesse, vint un garçon qui fut affecté, dans sa deuxième année, de scrofulose et de croûtes serpigineuses.

De Méric (4) est également disposé à admettre une influence de la syphilis sur la production de l'hydrocéphale ; il a plusieurs fois observé un grand développement de la tête et un mouvement particulier de rotation des yeux chez des enfants nés syphilitiques. Nous avons été nous-même conduit autrefois à admettre cette pathogénie que vient corroborer l'autorité imposante du docteur Roger. Un de nos amis de province nous a raconté que, tout surpris de voir naître de la même femme plusieurs enfants hydrocéphales, et voulant connaître la cause de ce fait, il apprit que le mari avait autrefois contracté la syphilis à Paris.

Les symptômes qui s'associent à ces diverses lésions sont peu connus, ou du moins fort difficiles à étudier. L'insomnie toutefois pourrait être l'un de ces symptômes, et peut-être le principal. Bertin et plus récemment le docteur Pittschaaft (5) ont fait cette remarque, que les enfants issus d'un père syphilitique sont souvent tourmentés d'une in-

(1) *Arch. für Ophthalmolog.*, I, p. 443.

(2) *Syphil. affect. of the nervous system*, in *Med. Times and Gaz.*, t. II, p. 84, 1861.

(3) *Allgemeinen med. Annal.*, p. 194, février 1829, extr. dans *Arch. méd.*, 1re série, XXIII, 436, 1860.

(4) *Lettsomian Lectures on the Syphilis*, dans *The Lancet*, 1858, sept. 18.

(5) Cité par Bertherand, *Traité des maladies vénér.*, p. 327.

somnie opiniâtre. René Vanoye (1) est venu corroborer cette assertion. A ce symptôme s'ajoutent quelquefois des convulsions générales ou partielles, et plus rarement des paralysies accompagnées ou non de coma.

CHAPITRE II

SYPHILIS HÉRÉDITAIRE TARDIVE.

L'une des plus intéressantes questions de la pathologie et de la clinique, celle de la syphilis héréditaire tardive, est inégalement résolue par les médecins. A côté d'un certain nombre d'auteurs qui admettent que la syphilis héréditaire peut, comme la syphilis acquise, rester latente pendant des années, il en est d'autres qui pensent que cette maladie ne se manifeste plus après les six premiers mois de l'existence, c'est-à-dire qu'elle se manifeste nécessairement dans cet intervalle.

Les faits seuls font autorité en pareille matière, voyons ce qu'ils disent.

N. Massa (2) cite le fait de trois enfants chez lesquels la maladie vénérienne se développa de trois à onze ans. « Tres hoc anno « curavi ego pueros, unum ætate trium annorum, alterum ætate « sex annorum, et erat puella, tertium undecim annorum ; isti non « sumpserunt lac infectum. » Ces enfants ne prirent point un lait infecté, dit Massa ; mais qui prouve qu'ils ne contractèrent pas la maladie autrement que par l'allaitement ? Rien. Il y a donc dans ces faits un desideratum qui, avouons-le, existe dans plusieurs des observations subséquentes. Stoll (3) raconte le fait remarquable de deux jeunes sœurs âgées, l'une de dix, l'autre de onze ans, toutes deux atteintes d'exostoses et de catarrhe, affections qu'il soupçonne d'avoir une origine vénérienne et qui cèdent à un traitement mercuriel ; il parle encore d'une autre jeune fille qui guérit également bien et dans les mêmes conditions. Hoffmann (4) rapporte l'histoire d'une jeune fille de

(1) *Journ. de méd. et de chirurg. pratiques*, 1849, p. 273.

(2) *Aphrodisiacus*, t. I, p. 42.

(3) *Ratio medendi*, pars III, p. 232 et 233.

(4) *Naturæ curiosorum ephemerid.*, centuria 1 et 2, Francofurti et Lipsiæ, 1717, obs. 136, p. 272.

neuf ans en proie à des accès épileptiques, qui, n'ayant aucune régularité, furent guéris par un traitement spécial. J. Plenk (1) a observé les mêmes symptômes chez un enfant de six ans.

Bertin (2) parle d'un enfant né d'une mère infectée, lequel ne présenta de signes de syphilis qu'après avoir été sevré. Ce fait peut ne pas paraître extraordinaire ; mais Balling (3) rapporte qu'il fut consulté pour un garçon de seize ans, affecté d'un ulcère d'aspect syphilitique au gosier et de carie des os du nez. Le père déclara que vers le temps où il l'engendra il avait lui-même des symptômes de syphilis constitutionnelle; l'enfant guérit par l'emploi des antisyphilitiques. Albers (4), qui a été témoin de faits semblables, prétend que la syphilis en retard sévit principalement sur les enfants qui sont nés d'un père syphilitique et d'une mère scrofuleuse.

Rosen (5) dit avoir observé une jeune fille de onze ans, fraîche comme une rose, chez laquelle le mal vénérien héréditaire détermina la tuméfaction et la suppuration des glandes du cou, du nez, la carie du palais et des ulcères rongeurs au visage. Mais, quand on lit ce fait, on est porté à y voir, en raison de la nature même des accidents (suppuration des glandes et carie osseuse), des manifestations scrofuleuses plutôt que syphilitiques. Baumes (6) cite l'observation d'un enfant qui, sous l'influence d'une syphilis héréditaire, fut atteint dès l'âge de quatre ans de tous les symptômes d'une syphilis commençante. Un traitement de neuf mois, emprunté à des moyens généraux qui n'avaient aucun rapport avec la nature vénérienne de l'affection, n'améliora en rien l'état du jeune malade, qui tendit rapidement au marasme. Quelques confidences du père mirent Baumes sur la voie. L'usage de la tisane de Vigarous et des fumigations cinabrées fut suivi d'un prompt amendement ; après trois mois de durée, ce traitement avait un plein succès.

Cazenave cite deux observations ayant pour sujet deux jeunes filles, l'une de neuf, l'autre de dix-huit ans, chez lesquelles il fut impossible de constater la trace d'un accident primitif, et qui, néanmoins, por-

(1) *Doctrina de morbis venereis*, Vienne, 1779, p. 131.

(2) *Traité de la malad. vén. chez les enfants nouveau-nés*, p. 153.

(3) *Ueber ausgebornen und erbliche Syphilis*, p. 129.

(4) *Ueber Erkenntniss und Kur der Syphilis.*

(5) *Maladies des enfants*, p. 545. Paris, 1778.

(6) *De la phthisie pulmonaire*, t. I, p. 428. Paris, 1805. Voyez de plus *Journ. univ. des sciences méd.*, t. LV, p. 100.

taient des syphilides tuberculeuses et serpigineuses. La première fut guérie par l'emploi du protoiodure de mercure.

Trousseau (1) a observé une jeune personne qui, dès l'âge de sept ans, offrit un gonflement des jambes, et pendant neuf ans souffrit d'insomnie et de douleurs ostéocopes nocturnes; à vingt ans, elle portait deux exostoses au bras et des cicatrices dans le pharynx. Ces symptômes cessèrent sous l'influence d'un traitement antisyphilitique. A. Fournier, cité par Davasse (2), parle de deux malades, l'un âgé de dix-huit, l'autre de vingt-cinq ans, n'ayant jamais éprouvé d'accident vénérien d'aucune sorte, et présentant l'un et l'autre une tumeur gommeuse du voile du palais; le premier avait de plus un tubercule du pharynx.

Sperino (3) a observé une jeune fille de onze ans atteinte d'ulcération du palais et de cachexie commençante. Après des tentatives de syphilisation infructueuses, l'iodure de potassium amena la guérison. Melchior Robert (4) attribue à la syphilis héréditaire des manifestations tertiaires non précédées d'accidents primitifs ou secondaires, et qui, survenues à un âge avancé, ont cédé à un traitement ioduré; mais cette interprétation peut paraître hasardée. Le professeur Sigmund, de Vienne (5), rapporte quatre faits de syphilis héréditaire tardive, manifestée par des lésions des os et des cartilages, par des tubercules du tissu cellulaire sous-cutané et des ulcérations de l'arrière-bouche. Zambaco (6) a vu chez un jeune homme de vingt-six ans, dont les frères et sœurs étaient pour la plupart atteints de syphilis héréditaire, des pertes subites de connaissance, des troubles de la vision, la perte de la mémoire, etc.

Ricord cite l'exemple de deux frères âgés, l'un de quarante, l'autre de quarante-quatre ans, qui présentaient tous les deux une lésion de la voûte palatine et du voile du palais d'apparence syphilitique, mais qui n'avaient eu aucun autre accident vénérien. Il dit avoir vu, dans les mêmes conditions, un jeune homme de dix-sept ans qui était atteint d'une ostéite naso-palatine avec destruction du voile du palais. Cette dernière lésion se rencontre également chez une jeune fille

(1) *Gazette des hôpitaux*, 1855, p. 497.
(2) *La syphilis, ses formes, son unité*. Paris, 1865.
(3) *La syphilisation*, etc. Turin et Paris, 1855.
(4) *Nouveau traité des malad. vénér.* Paris, 1861, p. 701.
(5) *Zeitschrift der Gesellsch. Wien. Aerzte*, 1858, n° 5.
(6) *Affect. nerveuses syphilitiques*, p. 207. Paris, 1862.

de quatorze ans, placée, en 1862, dans le service de Bouchut (1). Dans un cas de perforation de la voûte palatine observé chez une jeune fille de dix-neuf ans (2) et récemment communiqué à la Société médicale des hôpitaux, le docteur Hérard crut, en présence d'une négation absolue de syphilis chez les parents, devoir hésiter sur la nature du mal; tout en restant dans le doute, ce savant observateur inclina plutôt vers une origine scrofuleuse. Certaines formes de lupus ont été regardées avec raison comme pouvant se rattacher à la syphilis héréditaire (3).

L'une de nos observations est un bel exemple de pneumonie chronique vraisemblablement développée sous l'influence de l'hérédité syphilitique. Le foie, chez la malade âgée de quarante-deux ans, offrait à sa surface des cicatrices profondes, lésions d'une grande valeur au point de vue du diagnostic de la syphilis viscérale (4). D'autres organes peuvent certainement s'altérer sous la même influence et dans les mêmes conditions, c'est un point digne de recherches.

G. Lagneau signale enfin l'épilepsie chez des enfants nés de parents syphilitiques. L'idiotie, au rapport du docteur Critchett (5), peut être un symptôme de syphilis héréditaire. Il est facile, ce me semble, de se rendre compte de cette liaison par la modification qu'apporte parfois la syphilis au développement des os du crâne.

Tels sont, à notre connaissance, les principaux faits connus de syphilis héréditaire tardive. Deux reproches peuvent être faits à la plupart d'entre eux : l'absence de renseignements précis sur la santé des parents, le défaut de certitude touchant l'existence possible d'une syphilis acquise. Malgré ces lacunes, qui tiennent en grande partie à la difficulté de l'observation en pareille matière, faut-il rejeter les manifestations tardives de la syphilis héréditaire, ou bien doit-on, à l'exemple de Diday et de plusieurs autres syphilographes distingués, admettre leur existence sans réserve? A mon avis, ces mani-

(1) *Gaz. des hôpitaux,* 10 juillet 1862, p. 317.

(2) *Bulletins de la Société médic. des hôpitaux* et *Union médicale,* 1861. Un fait assez semblable se trouve dans *Archiv. de méd.*, t. I, p. 216, année 1860.

(3) Veiel, *Speciell. Bericht über die Resultate der Heilanstalt für Flechtenkranke in den Jahr* 1855-1861, Schmidt's *Jahrb.*, t. CXVII, p. 299.

(4) Je ne puis passer sous silence l'arrêt de développement des organes génitaux de cette malade; il me semble tenir à l'influence syphilitique, et ainsi la syphilis serait, dans quelques cas, une cause de vice de conformation.

(5) *Medic. Times and Gaz.*, Jun. 9, 1860.

festations ne sont pas contestables, on peut y croire en se fondant non-seulement sur les observations ci-dessus rapportées, mais sur un grand nombre d'autres faits rassemblés plus récemment par le docteur Hutchinson (1). Ces faits, qui répandent un jour nouveau sur la question qui nous occupe, ont le grand avantage de tenir compte de la lésion locale et de l'état général ; ils montrent que la plupart des individus atteints de syphilis héréditaire tardive ont un cachet spécial, et que d'autres lésions que celles dont il vient d'être fait mention appartiennent à l'hérédité tardive. Souvent, alors, les organes des sens sont affectés, et quelquefois, avec l'altération des yeux ou des oreilles, on voit coïncider la destruction du nez ou du voile du palais (2).

OPHTHALMIES SYPHILITIQUES HÉRÉDITAIRES.

Maunsell et Evanson (3), Walker, Dixon, Lawrenee, ont commencé l'étude de ces affections ; mais c'est au travail de Hutchinson que nous empruntons la plupart des données qui suivent.

Iritis. — L'iritis est l'une des premières manifestations héréditaires de la syphilis oculaire. Dans vingt-trois cas rassemblés par Hutchinson, l'âge moyen des enfants, au début de l'affection, est de cinq mois et demi ; le plus âgé avait seize mois, le plus jeune six semaines (obs. 21 et 22) ; sur ce nombre, il y avait cinq enfants mâles et seize femelles ; le sexe n'avait pas été spécifié dans deux cas. Onze fois seulement les deux yeux étaient affectés. Les jeunes malades atteints de cette affection étaient faibles, cachectiques, mais parfois aussi dans des conditions de santé assez bonnes. Ils offraient, dans la plupart des cas, des symptômes de syphilis héréditaire, et, autant qu'il a été possible de s'en assurer, ils avaient été conçus peu de temps après le début de l'accident primitif chez les parents. L'iritis syphilitique infantile est rarement compliquée, et ne présente pas, en général, les symptômes de l'iritis liée à la syphilis acquise ; toutefois, le néoplasme, d'ordinaire abondant, rend le danger de l'occlusion pupillaire très-grand.

Le traitement mercuriel, bien qu'il ne parvienne pas à prévenir l'apparition de cet accident, n'en est pas moins le meilleur moyen à

(1) *Ophthalmic hospital Reports*, t. XI, n° 8, p. 54-105.
(2) Voir obs. XXXVIII, XXXIX, XLII, etc. Loc. cit.
(3) *On the diseases of children*, Dublin 1838.

employer pour combattre ses effets, il est le plus favorable à la résorption complète du néoplasme.

Kératite interstitielle. — Cette affection, selon Hutchinson, fréquemment liée à la syphilis héréditaire, rare dans la première enfance, plus rare encore dans l'âge adulte, se montre d'ordinaire entre huit et quinze ans, le plus souvent vers l'âge de dix ans. Elle débute par un trouble diffus du centre de la cornée de l'un des yeux. A ce moment, il n'existe point d'ulcération, et les traces de congestion des tuniques oculaires sont extrêmement légères. Le malade néanmoins accuse presque toujours un peu d'irritation dans l'œil et un obscurcissement de la vue; un examen attentif montre que les taches troubles occupent l'épaisseur même de la cornée, et non l'une ou l'autre des deux faces; ces taches sont séparées les unes des autres, comme autant de petits amas microscopiques de brouillards. Dans l'espace de quelques semaines, parfois plus rapidement, la cornée, à l'exception de la zone circonférentielle, devient opaque par l'extension et la confluence des dépôts interstitiels. L'opacité néanmoins est plus grande dans certains points qui constituent en quelque sorte les centres de la maladie. A cette période, la comparaison avec le verre dépoli est très-juste; il existe presque toujours une zone d'injection sclérotical, de la photophobie et de la douleur autour de l'orbite.

Après un mois ou deux, l'autre cornée se prend et parcourt les mêmes phases, un peu plus rapidement toutefois; puis arrive un moment où le malade est tellement aveugle, qu'il ne conserve plus que la simple perception de la lumière; bientôt, l'œil le premier affecté commence à s'éclaircir, et il survient généralement dans l'espace d'un an à dix-huit mois une amélioration notable. Dans les cas moins graves ou sous l'influence d'un traitement convenable, la durée du mal peut être beaucoup moindre et le rétablissement de la transparence complet; mais souvent il reste pendant des années ou pour toute la vie des taches troubles qui gênent plus ou moins la vision. Dans les cas les plus graves, la surface de la cornée est légèrement granuleuse et dépolie; quelquefois, à la suite d'une vascularisation exagérée, cette membrane devient d'un rose cramoisi ou couleur de saumon, et la vision reste d'ordinaire un peu endommagée.

L'absence habituelle d'ulcérations ou de pustules à la surface de la cornée empêche de confondre cette affection avec la kéra-

tite consécutive aux fièvres exanthématiques et à la variole en particulier. La kératite scrofuleuse, avec laquelle elle a été longtemps confondue, est généralement accompagnée d'augmentation de volume des ganglions ou d'altération tuberculeuse des poumons. Les individus atteints de kératite syphilitique ont une peau d'une teinte sale terreuse et la racine du nez ordinairement large et déprimée, le front cicatrisé, les angles de la bouche occupés par des fissures ou par des cicatrices rayonnées, les dents permanentes, petites et échancrées. Le plus souvent précédée ou accompagnée d'une iritis, cette affection est modifiée par un traitement spécifique, alors que les toniques ne sont d'aucune utilité. Elle est d'un pronostic favorable, mais la guérison en est lente et souvent imparfaite ; les frictions avec l'onguent mercuriel derrière les oreilles, sur le cou ou sous les aisselles, sont les moyens les plus propres à la combattre.

Galligo a rapporté des faits confirmatifs des recherches de Hutchinson. Trois enfants affectés de syphilis héréditaire et de la kératite en question ont été soumis à l'usage des préparations mercurielles à l'intérieur; des frictions de même nature furent employées conjointement avec un collyre au nitrate d'argent. Deux d'entre eux ont parfaitement guéri; chez le troisième, l'albugo s'est converti en deux taches au niveau de la pupille (1). J'ai moi-même entretenu la Société de Biologie d'un fait assez semblable, qui sera rapporté plus loin.

Choroïdite. — Un certain nombre de cas de syphilis héréditaire ont montré, soit à l'examen ophthalmoscopique, soit à l'œil nu, une modification de la choroïde analogue à l'iritis héréditaire ou même acquise. Cette modification consistait dans l'existence, à la surface de cette membrane, de dépôts blanchâtres sous forme de taches légèrement saillantes et recouvertes par des vaisseaux rétiniens, ou bien c'étaient des cicatrices vraisemblablement consécutives à la résorption de ces mêmes dépôts; la rétine était congestionnée et obscurcie par suite de l'inflammation de la membrane du corps vitré. Au point de vue symptomatique, cette affection offre plusieurs degrés : le premier degré, caractérisé par l'obscurcissement de la vue, répond à la période des exsudats; la rétine et le corps vitré sont brouillés et ont perdu leur transparence; mais, après un certain temps, la vue

(1) *Imparziale* et *Gaz. méd. de Lyon*, 1860, p. 113.

s'améliore, les taches se limitent, c'est le second degré. La résorption en constitue le troisième. Sur quatorze cas rapportés par Hutchinson, dix fois il y avait choroïdite, deux fois il existait des dépôts dans la rétine, une fois des opacités inflammatoires dans le corps vitré, cinq fois des opacités dans le cristallin. L'époque de la vie où s'observent la choroïdite syphilitique héréditaire et les altérations qui lui sont connexes, est en général la même que celle où l'on voit se développer la kératite interstitielle. Dans les cas que donne Hutchinson, six fois sur dix le malade était le plus âgé des enfants vivants de la famille. La difficulté d'obtenir une histoire claire et détaillée des antécédents des malades conduit à fonder le diagnostic de cette affection sur la physionomie et sur l'état des dents de l'individu malade.

La cataracte et l'inflammation du corps vitré présenteraient encore, suivant Hutchinson, un certain degré de connexion avec la syphilis héréditaire ; elles accompagnent la choroïdite plus souvent que la kératite, et se développent plusieurs années après la naissance. Mais elles ne sont pas suffisamment connues pour que l'on puisse leur accorder avec certitude une origine spécifique.

Amauroses. — Outre les lésions oculaires dont il vient d'être question, Hutchinson a rencontré, chez plusieurs enfants atteints de syphilis héréditaire (1), une altération caractérisée par la décoloration et l'atrophie des papilles optiques (atrophie blanche); la vue se perdait dans l'espace de six à dix-huit mois, un assoupissement involontaire et souvent très-marqué chez les enfants laissait peu de doute touchant l'origine crânienne de cette affection. Cette amaurose ne diffère donc pas de celles que nous avons étudiées plus haut.

Otopathies. — Les individus affectés de syphilis héréditaire ne sont pas toujours exempts de surdité, l'ouïe chez eux peut être abolie où n'être que partiellement perdue.

Les lésions morbides qui produisent ces désordres sont variées et plus ou moins graves. Dans les cas observés par Hutchinson, la fonction était perdue sans qu'il y eût aucune lésion externe. La cophose occupait symétriquement les deux oreilles, elle accomplissait rapidement ses différents degrés d'évolution et devenait plus ou moins complète dans l'espace de six mois, malgré l'absence de sen-

(1) Voir les obs. II, IV, VI. Loc. cit.

sation douloureuse et d'otorrhée abondante. Cette affection, comme la kératite, se manifeste aux approches de la puberté, pendant le cours des cinq années qui précèdent ou qui suivent; elle est, de même que les affections héréditaires de l'œil, trois fois plus fréquente dans le sexe féminin.

Les quelques faits observés jusqu'ici tendent à faire croire que cette variété d'otopathie est sous la dépendance d'une lésion du nerf auditif ou qu'elle résulte d'un changement opéré dans les parties non accessibles de l'oreille. La symétrie de l'altération indique l'existence d'une cause centrale, et la membrane du tympan, sans être tout à fait normale, n'offre pas une modification en rapport avec le désordre fonctionnel; les trompes d'Eustache ont toujours paru libres. Hutchinson, qui voit dans cette affection l'analogue de la rétinite syphilitique et de l'atrophie blanche des nerfs optiques, soupçonne une modification du nerf auditif ou de ses ramifications dans le labyrinthe. La perte totale de l'ouïe, en dépit même d'un traitement spécifique, indique un pronostic peu favorable.

LÉSIONS DES ENVELOPPES DE L'ŒUF.

L'étude de ces lésions vient compléter ce qui est relatif à la syphilis héréditaire. On sait les importantes fonctions des membranes enveloppantes de l'œuf humain, et il y a lieu de croire qu'à leur modification se rattachent certains avortements précoces chez les femmes syphilitiques, alors que le fœtus ne présente aucune altération. Il y a toutefois peu d'observations précises sur ce point. Lebert (1) a bien trouvé, entre le feuillet amniotique et le placenta, des granulations jaunes ayant la structure du tubercule; mais plus tard (2) il n'osa pas attribuer d'importance à cette lésion. Simpson (3) ne fait jouer qu'un rôle accessoire à la syphilis dans la production de l'asphyxie du fœtus liée à une altération du placenta. Mackensie (4) a constaté la présence d'une couche fibrino-graisseuse épaisse entre les membranes fœtales; mais on se demande si la syphilis est la cause de ce dépôt. Les observations de Wilkinson King, rapportées par Wilks (5), donnent lieu

(1) *Comptes-rendus de la Société de biologie*, 1852, t. II, p. 127.
(2) *Traité d'anatomie pathologique*, t. I, p. 242.
(3) *Obstetric Memoirs and contribut.* Edinburg, 1856, vol. II, p. 457.
(4) *Association medical Journal*, 1854, n° 97.
(5) *Guy's hospital Reports*, sér. III, vol. IX, p. 60.

au même doute. Tous ces faits pourtant ne sont pas sans valeur, ils indiquent au moins la fréquence des lésions placentaires chez les femmes syphilitiques. Ces lésions, suivant Virchow (1), intéressent la partie maternelle ou la partie fœtale du placenta, et s'il est douteux que cette dernière puisse être primitivement affectée, il n'en est pas de même de la première. Elles se présentent sous deux formes, l'une diffuse, l'autre circonscrite. La forme diffuse, caractérisée par l'épaississement avec induration fibreuse du placenta, se termine en général par l'atrophie des villosités (2). La forme circonscrite revêt une apparence papuleuse ou condylomateuse, et les excroissances ou végétations polypeuses qui la constituent sont un tissu muqueux organisé et riche en vaisseaux (*Endometritis decidua*).

Telles sont les lésions des membranes placentaires auxquelles on a jusqu'ici accordé une origine syphilitique; nous avions à les faire connaître, à l'avenir il appartient de se prononcer avec plus d'assurance.

CHAPITRE III

MODES D'ÉVOLUTION. — PHYSIONOMIE GÉNÉRALE.

Après avoir analysé et décrit isolément les lésions de la syphilis héréditaire, il importe de jeter un coup d'œil général sur cette forme pathologique, d'en suivre la marche et l'évolution. Développée pendant la vie intra-utérine, la syphilis a pour effet ordinaire de produire l'avortement vers le sixième ou le septième mois de la grossesse. Quoique contesté par quelques auteurs comme de Blégny, Acton et Huguier, qui accusent l'immoralité ou les excès, s'ils ne rendent le mercure responsable du mal, ce fait n'en est pas moins exact, ainsi que l'établissent un très-grand nombre d'observations où le mercure est venu mettre un terme à des avortements multiples. Suivant Potton, l'avortement se produit dans la dixième partie des cas de syphilis héréditaire. Whitehead compte, sur deux cent cinquante-six femmes affectées de syphilis, cent dix-sept avortements;

(1) *Die krankhaften Geschwülste*, t. II, p. 478.

(2) Le docteur Braun, cité par (Wedl, *Grundzüge der pathologischen Histologie*, p. 505, Wien, 1853,) rapporte le cas d'une infiltration diffuse de tissu conjonctif de nouvelle formation dans le chorion d'une femme affectée de syphilis. La conséquence de cette lésion fut l'atrophie du chorion et l'avortement.

sur trente-six cas examinés par Förster, la mort survint trois fois avant la naissance. Quelquefois liée à une altération des membranes de l'œuf, cette mort est plus fréquemment la conséquence de lésions fœtales. Le fœtus, ordinairement dans un état de macération plus ou moins avancé, présente, sinon toujours, au moins dans un certain nombre de cas, des lésions matérielles appréciables, telles que papules indurées de la peau, pemphigus, lésions viscérales diffuses ou circonscrites, épanchements séro-sanguinolents dans les cavités séreuses. Après la naissance, la syphilis héréditaire revêt la plupart des formes de la syphilis accidentelle, l'accident primitif excepté. Les manifestations dites secondaires apparaissent d'abord, puis viennent les lésions tertiaires ; mais cette règle souffre de nombreuses exceptions. L'ordre de succession qui préside au développement de la syphilis acquise est loin d'être aussi constant dans la syphilis héréditaire. Que la période secondaire ait eu ou non son évolution pendant le cours de la vie intra-utérine, on n'observe parfois que des manifestations tertiaires ; d'autres fois et le plus souvent peut-être, manifestations secondaires et tertiaires coexistent, érythèmes, papules, pustules se voient à côté de lésions viscérales peu différentes de celles de l'adulte. Ce fait ne doit pas étonner, car il a sa raison, semble-t-il, dans l'âge des malades; on l'observe quelquefois chez l'enfant dont la syphilis est acquise (Roger).

Au moment de sa naissance et pendant les premiers jours qui suivent, l'enfant paraît jouir d'une santé parfaite. Bientôt apparaissent des symptômes qui révèlent la maladie dont il est atteint : c'est d'abord une gêne de la respiration par le nez, une sorte d'enchifrènement que l'on ne manque guère d'attribuer au froid. Des gerçures, des fissures se montrent au voisinage des ouvertures naturelles, et puis se manifestent à la surface de la peau quelques-unes des éruptions ci-dessus décrites. Toutefois, ainsi que Rosen le faisait déjà remarquer, tous ces symptômes ne se rencontrent pas chez le même sujet, l'un en présente plus, l'autre moins. Pendant ce temps, la santé générale est languissante, l'enfant souffre et maigrit, il a de l'insomnie, son cri se modifie, et lorsque à cet état s'ajoutent des lésions viscérales, il tombe dans la cachexie et le marasme. Voici de cette situation le tableau tracé par l'un des observateurs les plus perspicaces. « Le visage, dit le professeur Trousseau (1), est d'un ton bistré

(1) *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*, t. II, p. 665. Paris, 1862.

spécial ; il semblerait qu'on a passé sur les traits une légère couche de marc de café ou de suie délayée dans une ample quantité d'eau, ce n'est ni de la pâleur, ni de l'ictère, ni le jaune-paille des autres cachexies; cette teinte, beaucoup moins foncée, mais presque du même ton que le masque des accouchées, s'étend à peine au reste du corps..... Les cils ne se sont pas développés ou sont tombés; les paupières sont souvent éraillées, et à l'angle externe ont quelquefois ces fissures comme celles que l'on voit aux lèvres ou à l'ouverture des narines. A la place des sourcils, dont les poils sont tombés, vous voyez une tache jaunâtre, bistrée, avec production considérable de squames, et ces mêmes taches bistrées, qui ne sont en définitive que du psoriasis, se retrouvent surtout au menton, autour de la bouche..... »

En même temps l'enfant est chétif, malingre, amaigri, cachectique. S'il était primitivement robuste et bien organisé, il s'affaiblit, devient triste, maigrit peu et reste plutôt bouffi ; ses fonctions digestives sont habituellement troublées, il a des vomissements, une diarrhée fréquente et rebelle, quelquefois sanguinolente; la débilité est telle que la mort peut être le résultat d'une syncope, si elle n'est l'effet du marasme. L'érysipèle et la pneumonie sont des complications fréquentes et toujours fatales. La guérison n'est pas à espérer quand la syphilis se développe au moment même de la naissance, elle est rare quand la maladie survient pendant les premiers mois de la vie, mais on l'observe plus fréquemment si elle n'apparaît qu'après plusieurs années.

Telle est la syphilis héréditaire dans les premiers temps de la vie. Plus tard cette maladie se révèle par des accidents semblables aux accidents tertiaires de la syphilis acquise, car les désordres qui se montrent du côté de l'organe de la vision et que Hutchinson a si bien étudiés, nous paraissent, contrairement à l'opinion de cet auteur, rentrer plutôt dans le groupe des manifestations tertiaires que dans celui des accidents secondaires. Comme les manifestations tertiaires, ces lésions oculaires se caractérisent par des productions plastiques (hyperplasie conjonctive) très-analogues à celles de la troisième période de la syphilis accidentelle. Lorsqu'elles n'occupent pas l'œil, elles ont pour siége habituel, tantôt le tissu cellulaire sous-cutané ou sous-muqueux, tantôt le système osseux, plus fréquemment peut-être le voile du palais et le pharynx. De là des gommes sous-cutanées avec leurs phases successives d'évo-

lution, des perforations du voile du palais ou de la voûte palatine, des exostoses, des caries, des nécroses des os les plus superficiels, et plus rarement des lésions viscérales (obs. XLIII). L'arachnitis chronique, avec tendance à l'hydrocéphale se rencontre en outre, au rapport de Hutchinson, chez la plupart des enfants profondément infectés.

Ces affections diverses ne portent pas, en général, une profonde atteinte à l'organisme, elles sont rarement accompagnées de cachexie si les principaux viscères sont intacts. Néanmoins la physionomie que revêt le malade est ordinairement tout à fait caractéristique. La peau offre une teinte sale, pâle ou plombée, elle est épaisse, rude et flasque; plus rarement elle présente la belle coloration claire des personnes scrofuleuses. Sur le visage on aperçoit des cicatrices qui occupent de préférence les angles de la bouche d'où elles rayonnent sur les joues. Le front est d'habitude large et proéminent au niveau des régions des bosses frontales, et parfois une large dépression existe un peu au-dessus des sourcils; les cheveux sont clairs, secs et fendus à leurs extrémités. Le nez a sa racine large, étalée ou même enfoncée. Les dents permanentes ou de la seconde dentition présentent un aspect tout spécial. Les incisives centrales supérieures sont caractéristiques par leur forme comme par leur coloration et leurs dimensions. Lorsqu'elles viennent de percer, ces dents sont d'ordinaire courtes, étroites d'un côté à l'autre, très-minces au niveau de leur bord libre; après un certain temps, une portion de ce bord, sous forme de croissant, se brise et laisse une échancrure large, profonde, verticale, qui persiste pendant plusieurs années et qui disparaît vingt à trente ans plus tard, par suite de l'usure prématurée de la dent. Ces deux incisives tantôt convergent l'une vers l'autre, tantôt sont écartées et nettement séparées. Elles sont parcourues par des dépressions ou encoches horizontales, mais qui ne sont en aucune façon constantes.

Quelquefois intacts et brillants, les yeux présentent, d'autres fois, la trace d'une altération ancienne ou récente, des synéchies, avec ou sans déformation de la membrane irienne, une kératite interstitielle chronique. L'importance de cette dernière lésion est telle, que beaucoup d'auteurs tendent à en faire un signe pathognomonique de l'hérédité syphilitique, et comme elle coïncide habituellement avec la modification du système dentaire, il arrive que la réunion de ces deux conditions ne manque pas d'avoir un grand poids dans la balance du diagnostic. A ces modifications s'ajoute quelquefois un véritable

arrêt de développement de tout l'individu, ou seulement d'un ou de plusieurs organes. Ces déviations de type, conséquences ordinaires de lésions matérielles survenues ou dans le cours de la vie intra-utérine, ou plus tard pendant les premières années de l'existence, méritent de fixer l'attention. Les faits suivants, par lesquels nous terminons, en sont des exemples; ils nous renseignent d'ailleurs sur la marche des accidents syphilitiques tardifs.

Syphilis héréditaire tardive. Idiotie, épilepsie, microcéphalie.

Obs. LIV.— La femme X..., d'une santé en apparence bonne, fut traitée par moi pour des névralgies et une alopécie, alors que je remplaçais le docteur Martelière, médecin du bureau de bienfaisance du deuxième arrondissement. Cette femme, qui pense que son mari a été atteint de syphilis, ne nie pas qu'elle ait été pour son compte exempte de tout accident lié à cette maladie. Elle a eu quatre enfants, dont l'un est mort à sept ans, un autre à trois ans, et un troisième à l'âge de deux ans; elle a fait quatre fausses couches, dont trois à sept mois et demi, et la quatrième à deux mois. Le seul enfant qui lui reste est âgé de douze ans et paraît avoir au plus six à huit ans. Sa tête est extrêmement petite, et déjà les os du crâne paraissent soudés entre eux.

Cet enfant marche à la condition qu'on le conduise; il est à peu près complétement dépourvu d'intelligence et de mémoire. Il ne parle pas, et c'est à peine si on parvient à lui faire dire un et deux. Il ne peut sortir sa langue de sa bouche, bien que cet organe ait toute sa mobilité. Entêtement, habitudes de masturbation, et depuis l'âge de deux ans accès épileptiformes. Les organes de la vue et de l'ouïe sont intacts, le nez un peu gros et aplati. Les deux premières incisives sont crénelées et parsemées de petites dépressions, les deux autres incisives et les canines sont à peines sorties de leurs alvéoles. Il existe un véritable arrêt de développement de la dentition. A la partie supérieure du tibia, trajet fistuleux, nécrose datant de plusieurs mois. (Sirop d'iodure de fer. Applications locales de teinture d'iode.)

Obs. LV. — La nommée D..., âgée de 25 ans, entre à l'Hôtel-Dieu en mars 1863. Cette malade a perdu son père de la poitrine; sa mère a succombé à un cancer de l'estomac. Bien portante jusqu'à l'époque de son mariage (seize ans), elle s'aperçut, environ un mois plus tard, de quelques boutons aux parties génitales, qui bientôt furent suivis de roséole et d'angine (pilules, sirop de Cuisinier, salsepareille). Elle fit une fausse couche à six mois. Une deuxième grossesse eut lieu, et elle accoucha à neuf mois d'un enfant aujourd'hui vivant. Cet enfant, très-maigre à sa naissance, ne put être nourri par sa mère. Il ne paraît avoir présenté pendant les premières années de sa vie aucune éruption cutanée. Plus tard il eut une rougeole et présenta au cou une tumeur dure qui se termina par suppuration. Agé aujourd'hui de dix ans, il a depuis deux ans une kérato-conjonctivite qui trouble

très-notablement la vision. Opaque en plusieurs endroits, la cornée est de plus exulcérée. Les paupières, soudées aux angles internes et externes, laissent un orifice qui permet d'apercevoir au plus le champ de la cornée. Les dents incisives sont bicuspides, larges et courtes, striées en travers. Développement général très-incomplet, tête petite, propension à la colère.

Madame D... eut une troisième grossesse et accoucha à sept mois d'une petite fille. Agée aujourd'hui de neuf ans, bien portante, celle-ci a le nez aplati à la base, les dents écartées et bifides.

Depuis lors il y a eu trois nouvelles grossesses dont deux à terme. Les enfants sont morts au bout de deux jours. La troisième grossesse s'est terminée à six mois. Des tubercules syphilitiques se sont manifestés chez la mère dans le cours de cette dernière, malgré un traitement institué par M. Nonat.

VARIÉTÉS DE LA SYPHILIS.

L'étude qui précède, a eu pour objet de faire connaître les nombreuses manifestations de la syphilis sans se préoccuper de ses types les plus ordinaires. Il importe de signaler les variétés, maintenant que nous connaissons les espèces. Bien que toujours produite par le même agent, la syphilis varie dans sa forme et dans son intensité. A ce point de vue, on peut grouper sous les trois chefs suivants les différences qu'elle présente :

Syphilis commune;
Syphilis bénigne ;
Syphilis maligne.

Parmi les nombreux historiens de la syphilis, quelques-uns ont admis des formes plus ou moins graves de cette maladie. Ruiz Diaz de Isla en indique trois; mais ce qu'il entend par là se rapporte bien plutôt aux périodes de la syphilis qu'à ses degrés d'intensité. Il n'en est pas de même d'Alex. Trajan Pétrone (1), qui reconnaît une syphilis bénigne et une syphilis maligne, distinction qu'il est encore possible de retrouver dans d'autres auteurs et qui mérite d'être conservée.

1° *Syphilis commune.* — La syphilis commune, que nous avons eue plus particulièrement en vue dans la Nosographie, est la variété que l'on observe le plus fréquemment. Passant par chacune des étapes que nous avons signalées, elle se manifeste par toute une série d'accidents dont la gravité consiste, avant tout, dans le siége de la localisation morbide. Elle est très-susceptible de guérison, si l'on a

(1) *Aphrodisiacus*, t. II, p. 1225.

soin de faire intervenir assez tôt un traitement convenable, de façon à éviter l'altération des éléments fonctionnels propres à l'organe malade, altération qui, nous le savons, est toujours secondaire.

2° *Syphilis bénigne.* — Cette forme, qui a la plus grande ressemblance avec la syphilis commune, en diffère seulement par une intensité moindre, et surtout par une durée plus courte. On ne la voit pas nécessairement passer par toutes les périodes et accomplir toujours une révolution complète; quelquefois, plus souvent peut-être que l'on n'est tenté de le croire, elle arrive au terme de son évolution à la fin des accidents secondaires. L'organisme, pour une raison qu'il n'est pas toujours facile de saisir, peut dès lors revenir à son intégrité normale. Jusqu'à un certain point comparable à la variole qui s'arrête avant d'arriver à la suppuration, cette variété de la syphilis pourrait à juste titre être décorée du nom de *syphiloïde;* elle est en effet l'analogue de la varioloïde, c'est-à-dire la forme la plus courte, la plus légère et la plus bénigne de la maladie. S'il n'est pas toujours facile de dire à quoi tient cette variété, on ne peut contester qu'on l'observe principalement dans certaines contrées remarquables par la douceur du climat. Ce fait n'avait pas échappé aux anciens, puisque Jean de Léon observe déjà que la syphilis guérit seule dans la Libye (1). On le trouvera noté ailleurs (voyez Distribution géographique), et conséquemment nous n'y reviendrons pas.

3° *Syphilis maligne.* — Tant par sa gravité que par les différences qui la séparent de la syphilis ordinaire, la syphilis maligne mérite de fixer notre attention. Le plus souvent, dès son début cette forme se révèle à l'observateur : le chancre, au lieu de se limiter aux parties les plus superficielles du derme, creuse peu à peu, il serpente, et devient phagédénique. Mis en lumière par les intéressantes recherches de Bassereau, ce fait a été formulé ainsi qu'il suit : « Après les chancres indurés phagédéniques, surviennent les syphilides pustuleuses graves, les affections ulcérées de la peau plus tardives, les exostoses suppurées, les nécroses et les caries. » Les observations consignées dans la thèse inaugurale de Dubuc n'infirment en aucune façon cette manière de voir, puisque, sur neuf malades atteints de syphilides graves et malignes, il y a quatre fois des chancres phagédéniques au début.

A l'accident primitif succède une première poussée éruptive, remar-

(1) Citat. de Freind, *Hist. de la médec.*, p. 68, 3e partie.

quable par cette particularité qu'elle tient tout à la fois des syphilides exanthématiques ou précoces et des syphilides profondes et tardives; des premières par ses symptômes prodromiques, ses adénopathies ganglionnaires et sa généralisation ; des secondes par la lésion matérielle qui la constitue et les cicatrices qui lui succèdent. Quelle que soit la lésion élémentaire par laquelle débute l'éruption, pustule ou tubercule, sa tendance constante est de marcher vers l'ulcération ; après un temps en général assez court, les boutons se couvrent de croûtes qui, incessamment accrues par une sécrétion plastique particulière, stratifiées et bombées au centre, présentent assez l'aspect des écailles d'huître. De là la dénomination de *pustulæ ostracosæ* donnée par les premiers syphilographes à ces lésions plus fréquentes au seizième siècle qu'à notre époque. Sous ces croûtes existent des ulcérations à bords taillés à pic, à fond grisâtre pultacé, circonscrites par une auréole rosée. Après une durée plus ou moins longue, la sécrétion tarit, les bords s'affaissent, les ulcères se cicatrisent, mais quelquefois on les voit s'avancer en rampant et ronger peu à peu les parties adjacentes, ou bien encore gagner en profondeur, mettre à nu les parties sous-cutanées, ou faire communiquer entre elles des cavités voisines.

La première poussée éruptive ne se comporte pas toujours de cette façon : la marche serpigineuse ou perforante ne se révèle souvent qu'à la seconde éruption ; mais, en général, cette seconde éruption ne tarde pas à suivre la première. Les cicatrices qui succèdent ont la forme des ulcères, elles sont profondes et présentent une teinte rouge sombre qui s'efface lentement du centre à la circonférence. Dans quelques cas, au lieu de l'évolution particulière dont il vient d'être fait mention, apparaît, au sommet du bouton éruptif, une petite eschare noire qui s'accroît peu à peu et finit par tomber, laissant à nu un ulcère très-analogue aux précédents. Les éruptions qui pendant ce temps se montrent du côté des muqueuses, ont moins de tendance à creuser et à détruire les tissus, elles sont d'ailleurs assez discrètes si elles ne manquent complétement (Dubuc). Il faut faire exception néanmoins pour les fosses nasales, dont la muqueuse est fréquemment ulcérée et la cloison quelquefois perforée. Avec ces éruptions ou peu de temps après leur disparition, surviennent d'autres accidents et principalement des lésions oculaires (iritis), des exostoses, plus rarement des lésions des testicules ou des viscères abdominaux, ainsi que cela a

été observé dans un cas des plus intéressants rapporté par Axenfeld (1). Ces accidents se pressent parfois avec une telle rapidité que le testicule syphilitique peut, comme l'a vu Melch. Robert, se rencontrer avec le chancre induré, et que l'on observe tout à la fois, et chez le même individu, les trois séries d'accidents primitifs, secondaires et tertiaires.

Un état général, qui peut être sérieux, sert de cortége à ces différentes manifestations. Les malades ont une fièvre continue avec exacerbation le soir; ils maigrissent, pâlissent et perdent leurs forces, ils ont peu d'appétit, des envies de vomir, de la diarrhée. Ils sont pris de dyspnée, de palpitations, ils éprouvent une céphalalgie et une insomnie opiniâtres, ils sont tristes et inquiets; quelquefois même la pensée du suicide leur vient à l'esprit. Dans ces conditions principalement apparaissent les complications ordinaires de la syphilis. L'érysipèle et la pneumonie viennent mettre un terme aux souffrances des malades; sinon, les forces se rétablissent peu à peu en même temps que les croûtes se détachent et laissent à nu des ulcères rosés qui ne tardent pas à se cicatriser. Plus rarement la mort est la conséquence des lésions syphilitiques elles-mêmes, les malades succombent emportés par une sorte de marasme consécutif à l'existence de lésions multiples du côté des viscères. Lorsque la guérison a lieu, de nouvelles poussées éruptives surviennent quelquefois après des intervalles de temps plus ou moins éloignés; comme les précédentes, elles manifestent de la tendance à l'ulcération ou à la gangrène, et en définitive à la destruction des tissus.

Tel est le tableau abrégé d'une forme de syphilis encore existante, non sans quelque analogie avec la syphilis de la fin du quinzième et du commencement du seizième siècle, mais qui, par la nature des lésions locales qui la constituent, par les caractères des symptômes généraux qui l'accompagnent, comme aussi par la rapidité de la marche qui lui est propre, paraît mériter à juste titre la dénomination de *syphilis maligne*. Sous quelles influences voit-on se développer cette forme de maladie? Avouons qu'il est un certain nombre de cas qu'aucune cause rationnelle ne vient expliquer. Les faits rapportés par Dubuc comptent précisément parmi ces cas; aussi cet observateur, ne pensant pas qu'il y eût lieu d'invoquer une qualité particulière du virus, se trouva-t-il dans la nécessité de rattacher la malignité de la syphilis à

(1) Axenfeld, *Bullet. de la Soc. anat.* Année 1863, p. 512.

une inconnue, la prédisposition interne. Est-ce à dire cependant que les conditions qui favorisent cet état particulier nous échappent toujours? Je ne le crois pas. Le jeune âge, qui rend la syphilis plus aiguë, lui imprime quelquefois aussi un certain degré de gravité ou même de malignité. L'influence de la race n'est peut-être pas à négliger dans la question qui nous occupe; mais jusqu'ici nous manquons des éléments nécessaires pour apprécier la valeur de cette donnée; de même l'opinion que la contamination d'une race à une autre est susceptible d'aggraver la syphilis n'est nullement prouvée (1). On conçoit qu'une mauvaise hygiène puisse donner à cette maladie une impulsion plus active. Une alimentation insuffisante, des changements brusques de température, un climat humide, l'encombrement et le défaut d'acclimatation, toutes conditions qui aggravent la syphilis peuvent aussi, jusqu'à un certain point, favoriser le développement de la forme maligne. La qualité du virus est-elle véritablement sans influence? Quelques auteurs sont portés à croire que la syphilis transmise du fœtus à la mère, comme celle qui provient d'accidents héréditaires, est généralement plus grave; mais cette opinion manque encore de preuves certaines. On sait, dans un autre champ d'observations, qu'une variole grave peut engendrer une variole bénigne et réciproquement. Or, si les conditions extérieures favorisent quelquefois l'apparition de la syphilis maligne, comme dans beaucoup de cas il n'est pas possible de leur attribuer la moindre influence, alors on est naturellement conduit à rattacher, jusqu'à plus ample informé, cette variété de la syphilis à une prédisposition particulière à l'individu malade.

RAPPORTS ENTRE LA SYPHILIS ET LES AUTRES MALADIES.

La description qui précède a trait à la syphilis se développant dans un organisme sain. Envisager maintenant cette même maladie chez un individu déjà malade, chercher les modifications qu'elle est susceptible de subir dans ces conditions et celles qu'elle peut imprimer aux maladies avec lesquelles elle coexiste, tel est le but que nous nous proposons. Bien que peu étudié jusqu'ici, le sujet qui va nous occuper n'en est pas moins très-important, puisqu'en fait il se retrouve à chaque pas dans la pratique.

(1) Voyez Gauthier, *Deux années de pratique médicale à Canton (Chine)*. Thèse de Paris, 1863.

Si la syphilis ne survient pas habituellement dans le cours d'une maladie aiguë, par contre elle se développe fréquemment chez des individus affectés de maladie chronique. Dire au juste le retentissement que peut avoir sur la syphilis telle ou telle autre maladie, n'est pas chose facile, vu le petit nombre d'éléments sur la matière ; mais le point important à connaître, c'est que la marche de la syphilis n'est troublée qu'autant que la maladie coexistante se trouve en puissance d'action. Alors il existe généralement une modification réciproque des deux maladies; l'une d'elles revêt une acuïté plus grande, tandis que l'autre est ralentie dans sa marche. Un jeune homme atteint de la dégénérescence rénale de Bright, et depuis plusieurs semaines soumis à notre observation, est porteur d'un chancre de deux mois non encore cicatrisé ; la lésion des reins, si on s'en rapporte à ce qu'il raconte, marche chez lui avec une certaine rapidité, puisque, ne remontant pas au delà de quelques mois, elle se manifeste aujourd'hui par un précipité albumineux des plus abondants et par le passage de nombreux cylindres fibrineux dans les urines. Un autre malade, que nous avons pu suivre pendant huit mois, nous présenta tout d'abord, en même temps qu'une tuberculose bien établie, un rupia et une orchite syphilitique ; mais bientôt nous vîmes l'altération pulmonaire prédominer en quelque sorte aux dépens des lésions syphilitiques qui parurent arrêtées dans leur marche. Disons toutefois, pour être vrai, que pendant quinze jours ce malade prit 1 gramme d'iodure de potassium.

Une jeune femme phthisique et syphilitique tout à la fois n'éprouva, pendant près de cinq mois qu'elle passa sous nos yeux, que des lésions localisées aux parties génitales et extrêmement lentes dans leur développement.

Les maladies aiguës qui surviennent dans le cours de la syphilis, peuvent en troubler l'évolution. « L'apparition d'une maladie aiguë, dit Bassereau, telle que fièvre grave, phlegmasie pulmonaire, ou autre, survenue peu de temps après la contagion, m'a semblé avoir pu retarder quelquefois le développement des syphilides érythémateuses (1). » Lorsque les manifestations syphilitiques existent, le développement d'une maladie aiguë n'a pas, en général, une grande influence sur leur marche ou leur terminaison. Chez un individu at-

(1) *Traité des affections cutanées symptomatiques de la syphilis*. Paris, 1852, p. 177.

teint de variole et arrivé à la fin d'une syphilide papuleuse, je n'ai pas remarqué de modification appréciable dans la marche de l'éruption syphilitique.

Tel est, d'une façon un peu abrégée sans doute, le rôle que peuvent jouer certaines maladies par rapport à la syphilis; l'influence que celle-ci exerce à son tour sur ces maladies mérite un examen plus sérieux : nous l'envisagerons dans les cas de traumatisme, dans les maladies chroniques, et enfin, dans les maladies aiguës.

Relativement à l'influence de la syphilis sur le traumatisme, c'est, dit Swediaur (1), une opinion reçue par plusieurs médecins, que les os des personnes affectées de vérole deviennent plus fragiles et que les malades, par conséquent, sont plus sujets aux fractures. Ce même auteur rapporte ensuite l'observation d'un homme qui s'était fracturé la jambe et qui, après un séjour de neuf semaines au lit, n'avait pu obtenir de consolidation. Alors on soupçonna que la vérole dont il avait été affecté pouvait bien être la cause qui s'opposait à la formation du cal; un traitement mercuriel fut institué, la fracture se consolida, et le malade se trouva complétement guéri.

Tout récemment Verneuil a parlé de l'action de la syphilis sur les plaies : « Vous opérez chez un syphilitique une fistule pénienne, dit ce savant chirurgien (2), la réunion immédiate manque, l'autoplastie échoue. Vous instituez un traitement approprié, puis vous recommencez, et cette fois avec succès. « Un médecin de l'armée, le docteur Guillemin (3), a rapporté, à l'appui du fait établi par Verneuil, l'observation d'un malade syphilitique chez lequel deux petits ulcères, résultat d'excoriations faites au doigt, n'ont cédé qu'autant qu'un traitement iodé fut mis en usage. Delpech écrit d'autre part : « On voit des ulcères vénériens se déclarer à propos d'une blessure, soit dans le sein même de celle-ci, soit dans ses environs. Cette complication est très-rare et n'a guère lieu que dans le cas d'infection générale et quand la plaie dure depuis longtemps (4). » Il est à remarquer qu'il ne s'agit pas ici d'un chancre, car cet accident, comme on le sait, ne se développe jamais au milieu d'une plaie, à moins d'un contact virulent.

(1) *Loc. cit.*, p. 183.
(2) *Gaz. hebd.*, février 1863, p. 134.
(3) *Gaz. hebd.*, 17 juillet 1863, p. 473. Comparez : Ambrosoli, *De l'influence de la syphilis const. sur les plaies* (*Gaz. lombarde*, 44, 1863).
(4) *Chirurgie clinique de Montpellier*, t. I, Paris, 1823.

Parmi les maladies chroniques, la scrofulose et la tuberculose sont celles sur lesquelles la syphilis paraît avoir le plus d'influence. La goutte et le rhumatisme sont en général fort peu modifiés par cette maladie. La syphilis, suivant Lugol (1), influe sur la marche de la scrofulose, mais les faits que donne cet observateur à l'appui de cette assertion ne sont pas significatifs, ils ont trait à des individus simplement atteints de blennorrhagie. Bazin (2) insiste avec raison sur la propriété qu'a la syphilis d'éveiller les manifestations de la diathèse scrofuleuse et de leur imprimer une tendance à la suppuration ; c'est un fait que du reste j'ai nettement observé dans un cas où une poussée syphilitique détermina l'apparition d'adénopathies suppurées multiples. L'influence de la syphilis sur la tuberculisation pulmonaire a plus particulièrement préoccupé les auteurs. Morton, Morgagni, J. Frank, Graves (3), s'accordent à reconnaître que la syphilis est une cause débilitante qui, chez les individus prédisposés, favorise, accélère, aggrave le développement de la phthisie pulmonaire. Cette opinion, qui a eu pour principaux défenseurs Laennec et le professeur Andral, ne repose toutefois que sur un petit nombre de faits, et, sous ce rapport, elle n'est peut-être pas tout à fait irréprochable. Quant à moi, j'ai observé seulement trois cas où la syphilis m'ait paru avoir joué le rôle de cause provocatrice par rapport au développement des tubercules pulmonaires. Trois individus débilités et amaigris par la syphilis furent atteints d'une tuberculisation à marche assez rapide qui finit par les emporter. Quelques auteurs n'hésitent pas à croire que la syphilis est susceptible de produire elle-même la tuberculose ; mais c'est là une manière de voir qui ne paraît nullement justifiée. Pour prouver que la syphilis peut engendrer la tuberculose, il faudrait, dit Gamberini (4), établir, à l'aide des faits cliniques, que des individus placés hors de toutes les conditions qui disposent à la phthisie en ont été atteints à la suite d'une infection vénérienne. Or, la médecine pratique ne peut donner une réponse aussi explicite, et si, parmi les défenseurs de l'opinion

(1) *Recherches et observations sur les causes des maladies scrofuleuses*, p. 285. Paris, 1844.

(2) *Leçons sur les syphilides*, 1859.

(3) La syphilis et l'abus du mercure sont les deux causes, dit Graves, qui favorisent le plus le développement de la phthisie pulmonaire. *Leçons de clinique médicale*, trad. fr. de Jaccoud, p. 162. Paris, 1863.

(4) *Gazetta medica Italiana Toscana*, 1852, et *Gaz. méd. de Paris*, p. 374, 1853.

qui rattache les tubercules à la syphilis, il en est quelques-uns qui prétendent avoir guéri des phthisiques en employant des remèdes mercuriels, il y a lieu de croire, avec l'auteur précité, qu'ils ont pu s'en laisser imposer par une laryngo-trachéite syphilitique, ce qu'indique tout au moins le court espace de temps qui a servi à la guérison. C'est de cette façon, en effet, que nous avons cru devoir interpréter ailleurs la plupart des observations connues de phthisie vénérienne.

L'existence simultanée de la syphilis et de la tuberculose est donc chose assez rare, et l'on peut croire qu'il y a entre le tubercule et le produit syphilitique un antagonisme analogue à celui qui existe entre le tubercule et le cancer. Or, la loi générale de l'organisme, en vertu de laquelle le développement d'une lésion pathologique arrêterait ou retarderait l'évolution de tout processus d'une origine différente étant vraie, c'est uniquement par la débilitation qu'elle apporte au sein de l'économie que la syphilis est susceptible de donner le coup de fouet à la phthisie pulmonaire. Savoir si elle peut modifier les maladies aiguës est une question fort indécise et très-peu étudiée. Les quelques faits que nous avons observés ne sont pas suffisants pour légitimer une opinion à cet égard, et si dernièrement nous avons vu succomber rapidement à une variole hémorrhagique un malade qui était depuis un mois porteur d'un chancre induré, c'était là sans doute une simple coïncidence.

Au résumé, la syphilis peut être influencée dans sa marche par l'apparition d'une autre maladie, mais elle n'est généralement pas aggravée. Les manifestations de certaines maladies, celles de la scrofulose et de la phthisie pulmonaire particulièrement, sont quelquefois éveillées par la syphilis ; toutefois, il n'est nullement prouvé que celle-ci puisse les engendrer, elle est tout au plus à leur égard une cause occasionnelle.

Là ne se borne pas toute l'influence de la syphilis. Suivant certains auteurs, cette maladie pourrait être regardée dans quelques circonstances comme un préservatif contre d'autres maladies. Lancisi dit avoir appris de plusieurs médecins, qui avaient soigné les pestiférés à Rome, qu'aucun de ceux qui portaient des cautères ou des bubons *vénériens* en suppuration n'avait été atteint de la peste (1). Je me souviens d'avoir entendu raconter que les épi-

(1) *De Bovilla peste*, etc., Romæ, 1715. Voyez Carrère, *Histoire de la Soc. roy. de méd.*, t. IV, p. 219 des mémoires, Paris, 1785.

démies de choléra qui ont sévi à Paris n'ont jamais visité l'hôpital du Midi (Hôpital des vénériens hommes). Il est vrai que ce fléau a fait une légère apparition à l'hôpital de Lourcine ; mais il importe de savoir que les malades qui séjournent dans cet hôpital ne sont pas toutes syphilitiques. Cette remarque me paraît d'autant plus importante que le docteur Espagne vient de publier dans la *Gazette hebdomadaire*, 15 septembre 1865, un article intéressant dans le but de montrer l'immunité cholérique en 1849, et en 1854, dans les services des maladies vénériennes et cutanées des hôpitaux de Montpellier. Pour ne parler que de l'hôpital Saint-Éloi, il y eut, en 1849, 12 décès cholériques, et en 1854, 118, tant dans les services de médecine que dans ceux de chirurgie, et, dans aucune de ces deux années, il n'y eut de décès dans les services du même hôpital affectés aux individus atteints de maladies de peau ou de syphilis. N'y a-t-il dans ces faits qu'un pur effet du hasard ? je n'oserais le dire. Est-ce à la syphilis ou au mercure que l'on emploie pour la traiter qu'il convient d'attribuer ces effets ? Le docteur Espagne ne se prononce pas sur ce point ; mais, s'il me fallait décider entre ces deux alternatives, j'inclinerais à regarder la syphilis plutôt que le mercure comme une sorte de préservatif contre le choléra.

Enfin Chassaignac a rapporté à la Société de chirurgie (1) que, sur vingt-cinq ou trente opérations qu'il avait faites sur des syphilitiques, il n'en avait jamais vu une seule qui eût été suivie d'infection purulente, et ce savant chirurgien s'appuie sur ces faits pour supposer qu'il y a une sorte d'antagonisme entre la syphilis constitutionnelle et l'infection purulente.

Que penser de ces différentes observations? Qu'il existe un antagonisme réel entre la syphilis et quelques autres maladies? Les données actuelles n'autorisent pas à affirmer un fait aussi important. Des recherches nouvelles méritent d'être entreprises sur ce sujet; mais en tout cas un organisme en puissance de syphilis paraît peu disposé à subir les atteintes de causes morbides.

(1) Voyez *Gaz. hebd.*, 1862, p. 604.

TROISIÈME PARTIE

SÉMÉIOTIQUE

§ 1. — Diagnostic.

Étudier le symptôme dans ses différents modes, déterminer, à l'aide de cette étude, le siége et l'étendue de la lésion ; puis, ces deux facteurs une fois connus, remonter à la source du mal, en chercher la nature ; telle est la méthode qui, en clinique, permet d'arriver à un diagnostic exact et à des indications thérapeutiques véritablement utiles. Or, jusqu'ici, nous nous sommes attaché à tracer aussi rigoureusement que possible les caractères cliniques des nombreuses affections syphilitiques ; il importe maintenant de faire servir les données acquises au diagnostic général de la syphilis, après quoi il nous restera à comparer cette maladie avec celles qui s'en rapprochent le plus, et à faire sortir de cet examen comparatif les signes propres à éviter une erreur trop souvent nuisible.

La syphilis étant une maladie spécifique, bon nombre d'auteurs se sont figuré qu'elle devait nécessairement avoir des caractères en rapport avec sa nature et entièrement distincts. Quelques médecins des derniers siècles crurent trouver ces caractères dans le sang et prétendirent que l'inspection du sang liquide était suffisante pour assurer le diagnostic. Jessenius de Jessen, médecin hongrois, admet, en 1618, qu'une pellicule pâle ou blanche à la surface du liquide sanguin retiré de la veine dénote la vérole quand elle tient au reste de la masse comme une peau tenace ; Melchior Friccius, en 1710, et G.-D. Coschwitz, en 1728, émettaient cette même opinion, qui fut du reste assez généralement répandue pour qu'Astruc (1) se crût obligé de la combattre et de la réfuter.

Tout récemment on a pensé que le signe caractéristique de la syphilis pouvait être fourni par l'histologie ; mais l'illusion ne fut pas de

(1) Voir Astruc, t. IV, p. 106 et 107.

longue durée. Robin, Virchow, nous le savons, n'accordent aucun caractère histologique précis aux tumeurs gommeuses, et nous partageons cette manière de voir, malgré l'avis opposé de Wagner. C'est un tort, à notre sens, de demander au microscope plus qu'il ne peut donner; mais le tort ne serait pas moindre si on négligeait de se servir de cet instrument, qui est un précieux moyen d'examen. L'œil nu, qui juge de la forme de l'altération et de son ensemble, conduit suivant nous à des données tout aussi positives et peut-être même plus certaines que le microscope, qui permet de voir les éléments et leur disposition réciproque. Aussi, même en admettant avec Wagner qu'il existe des alvéoles particulières aux dépôts syphilitiques, on ne peut accorder que ce caractère soit plus important que ceux qui résultent de la physionomie générale que manifeste un organe atteint par la syphilis, et surtout de la consistance, de la coloration, de la sécheresse et de la disposition particulière des tumeurs gommeuses au sein des parenchymes. La coloration particulière des éruptions syphilitiques n'est pas davantage un symptôme sur lequel on puisse toujours compter, et le serait-il, qu'il constituerait tout au plus le signe caractéristique d'une période seulement de la maladie qui nous occupe.

Au demeurant, il faut renoncer à trouver à la syphilis un signe toujours certain et véritablement pathognomonique. Le médecin qui veut arriver au diagnostic de cette maladie doit donc prendre en considération tous les symptômes, les examiner dans leurs différents modes, les peser et les comparer, rechercher leur filiation, de manière à fonder son jugement, non pas sur tel ou tel d'entre eux, mais sur leur ensemble. En cela il ne fera que suivre le sage précepte du père de la médecine (1), lorsqu'il dit : « Il faut qu'un médecin qui veut bien pronostiquer embrasse dans son esprit la connaissance des signes, qu'il les pèse et les confronte tous ensemble avec jugement. » Or, les signes de la syphilis se divisent, comme le voulait Astruc, en signes démonstratifs et en signes commémoratifs.

Les signes démonstratifs sont univoques ou équivoques, selon qu'ils appartiennent à la syphilis seule ou à plusieurs maladies.

Les signes univoques sont peu nombreux et consistent uniquement dans les plaques muqueuses et le chancre induré, puisque les éruptions pustuleuses et tuberculeuses ne s'observent pas seulement dans la

(1) Hippocrate, *Pronostics*, édit. Chartier.

syphilis. Quant aux productions gommeuses, elles ne sont un signe positif qu'autant qu'elles sont superficiellement placées et appréciables à la vue ; mais alors il est encore possible de les confondre avec d'autres lésions et particulièrement avec ces abcès.

Les signes équivoques, bien qu'ils aient une importance diagnostique moindre, ne doivent pas néanmoins être négligés. Souvent ils offrent dans leur modalité des caractères véritablement pathognomoniques : c'est ainsi que se comportent la plupart des éruptions syphilitiques, dont le siége, la coloration et le mode de groupement indiquent d'une façon presque certaine, mais non absolue, l'existence de la syphilis ; il en est de même des exostoses et de la plupart des lésions viscérales qui peuvent être appréciées par les sens.

Les signes commémoratifs se tirent des renseignements fournis par les malades, du mode d'évolution suivi par la maladie et des traces encore existantes des lésions syphilitiques antérieures. La cicatrice du chancre, celles que laissent les syphilides profondes, les tumeurs gommeuses, la perforation ou la destruction du voile du palais, l'aplatissement du nez, etc.; voilà autant de signes commémoratifs on pourrait presque dire de signes démonstratifs, qui, joints à des manifestations douteuses, permettront de diagnostiquer sûrement la syphilis. Des avortements multiples sans cause occasionnelle appréciable constituent également dans l'espèce un signe de grande valeur. Ces derniers accidents indiquent la syphilis chez le père ou chez la mère, sinon chez tous les deux à la fois. A l'aide de ces données générales passons au diagnostic différentiel de la syphilis dans ses diverses périodes.

Quand aucun phénomène extérieur (période d'incubation) ne révèle encore l'existence de la syphilis, le diagnostic est évidemment impossible. Plus tard, la réaction locale une fois effectuée (période d'éruption locale), il repose, comme nous le savons (1), sur deux signes : l'induration particulière de la lésion primitive avec absence de suppuration, les adénopathies ganglionnaires concomitantes, inguinales, cervicales, etc., avec leur indolence et leurs caractères de dureté et de mobilité. L'accident primitif a-t-il disparu, les lésions ganglionnaires sont avec la cicatrice qui persiste des moyens de diagnostic encore très-certains.

(1) Voyez p. 122 de ce livre.

Les éruptions ont paru, leur dissémination sur une grande étendue, leur coloration jaune cuivré ou rouge maigre de jambon, l'absence de prurit, la coexistence des lésions ganglionnaires ci-dessus indiquées, voilà avec les renseignements obtenus sur l'accident primitif, des éléments suffisants pour arriver à un diagnostic exact. Ajoutons que l'on rencontre fréquemment, à cette période, les plaques muqueuses avec leurs caractères particuliers.

Ces dernières manifestations et les adénopathies sont, en l'absence de toute éruption cutanée, des indices certains que le mal n'est pas encore arrivé à sa dernière phase. Dans celle-ci (période des productions gommeuses), les signes diagnostiques changent, mais ils sont en même temps fort différents suivant le siége des localisations morbides. A la peau, les éruptions, ordinairement d'une teinte cuivrée et non prurigineuses, sont limitées à quelques points épars, disposées en cercles, en demi-cercles ou en T; elles accomplissent lentement leur évolution et laissent à leur suite des cicatrices le plus souvent indélébiles. S'agit-il de lésions plus profondément situées, lésions musculaires ou osseuses, l'absence de réaction fébrile, la lenteur de l'évolution, l'existence de douleurs fixes continues, avec exacerbations nocturnes, la présence de tumeurs d'abord fermes et plus tard ramollies, sont autant de circonstances qui permettent d'arriver à soupçonner, sinon à reconnaître la maladie syphilitique. Lorsque enfin surviennent des manifestations moins accessibles à nos moyens d'investigation, l'anamnèse et le mode de filiation des accidents, la cachexie et quelques symptômes particuliers, tels qu'une déformation du foie accompagnée ou non d'albuminurie, sont des conditions qui aident beaucoup au diagnostic, si elles ne l'éclaircissent complétement. L'existence simultanée de plusieurs des affections ci-dessus mentionnées, ou même des traces qu'elles ont laissées (cicatrices, etc.), est un auxiliaire utile auquel on peut encore ajouter les résultats fournis par un traitement spécifique. Notre intention n'est pas de répéter ici ce que nous avons dit du diagnostic des lésions syphilitiques considérées isolément dans chacun des appareils organiques; mais nous devons insister, sur ce fait que, d'ordinaire, plusieurs appareils sont simultanément affectés. Ainsi les localisations cérébrales ou pulmonaires sont ordinairement accompagnées de modifications du côté du foie et des ganglions lymphatiques profonds ; plus communes, ces dernières altérations, sont quelquefois indépendantes de toute autre

manifestation viscérale. Un dernier point mérite notre attention, c'est la physionomie générale du malade, non pas que cette physionomie ait par elle-même un cachet particulier, car elle intéresse le clinicien plutôt par des signes négatifs que par des signes positifs. L'expression du visage, la teinte de la peau, son élasticité, sa souplesse, l'épiderme qui la recouvre, s'ils ne mettent pas d'emblée sur la voie du diagnostic de la syphilis, conduisent au moins à soupçonner cette maladie. A l'aide de ces diverses circonstances, il est possible, jusqu'à un certain point, d'arriver par exclusion au diagnostic de la syphilis qui, en réalité, tient un rang important dans le cadre des maladies chroniques.

Au résumé, le diagnostic qui nous occupe, quelle que soit la période de la maladie à laquelle on l'envisage, ne repose pas sur un seul signe, mais sur un ensemble de caractères qui se rattachent à des accidents ayant un ordre de succession tout à fait spécial. Telle est du moins la syphilis accidentelle; quant à la syphilis héréditaire, différente de celle-ci par l'absence d'une lésion primitivement locale, elle l'est encore par une acuïté plus grande dans sa marche, par une moindre régularité dans son évolution, par une mortalité plus considérable, et par l'époque de son apparition vers les trois ou quatre premiers mois de la vie.

D'abord la surface tégumentaire et bientôt après les parenchymes sont envahis. Aux éruptions ordinaires de la syphilis accidentelle s'ajoutent ici de nombreuses fissures au niveau des orifices naturels, le pemphigus de la paume des mains et de la plante des pieds, le coryza. Aux apparences de bonne santé que présentait jusque-là l'enfant, succèdent une teinte particulière de la peau et un dépérissement graduel qui donnent au petit malade l'aspect d'un vieillard. Vient-elle à se manifester à un âge plus avancé, la syphilis héréditaire est encore généralement reconnaissable, car, d'une part, les lésions qu'elle détermine présentent des caractères assez particuliers, et, d'autre part, les individus qui en sont affectés ont le plus souvent une physionomie qui trahit la nature du mal qui leur a été transmis. L'état du système dentaire, la modification subie par les deux incisives supérieures, l'aplatissement du nez, l'opacité des cornées (kératite chronique) sont alors des accidents fréquents qui ne manquent pas d'un certain cachet. A ces accidents, du reste, s'ajoutent dans maintes circonstances une taille petite et un certain degré d'arrêt de développement. Joint à la description analytique qui précède, ce

résumé synthétique est suffisant, je l'espère, pour que l'on sache quand il y a syphilis chez un individu malade, et si cette syphilis est accidentelle ou héréditaire. Cependant, pour plus de sûreté, nous essayerons de donner un aperçu succinct des analogies et des différences de cette maladie avec celles qui s'en rapprochent le plus : maladies virulentes, toxiques et constitutionnelles, seront tour à tour examinées en regard de la syphilis.

Au début des accidents secondaires, il existe quelquefois une réaction générale de l'organisme avec céphalalgie, courbature, prostration des forces, tous symptômes qui peuvent faire croire à une fièvre typhoïde, et cela d'autant mieux qu'ils sont très-souvent accompagnés d'anorexie et d'épistaxis. Mais ce n'est là qu'une ressemblance de courte durée, et quelques jours suffisent pour dissiper tous les doutes. Une analogie plus intime et par conséquent une difficulté de diagnostic plus grande se rencontre à l'égard de la syphilis et des fièvres éruptives, de la variole principalement. Non-seulement ces maladies sont inoculables, mais elles présentent des phases d'évolution presque identiques, au point que l'étude nosographique qui précède est pour ainsi dire calquée sur la description de la variole inoculée. Dans chacune de ces maladies on observe une période d'incubation, une période d'éruption locale et une période d'éruption générale précédée de phénomènes généraux (période d'invasion). Là s'arrête l'analogie pour la syphilis commune, dont la marche se continue par des manifestations qui ne se retrouvent plus dans la variole, mais non pour la syphilis galopante ou aiguë, dont l'éruption suppurative, comme l'éruption variolique, n'est pas toujours suivie d'accidents ultérieurs. En somme, ce qui au point de vue de la clinique distingue ces maladies, c'est, avec la différence des lésions, la plus ou moins grande rapidité de la marche. Tandis qu'il suffit de quelques semaines à la variole et à toutes les fièvres éruptives pour accomplir leur évolution, la syphilis a, en général, plusieurs années de durée. L'incubation de la variole inoculée est, comme on sait, de sept à huit jours; pour l'incubation de la syphilis il faut compter un mois environ. L'invasion de la variole est de trois jours, celle de la syphilis, au contraire, peut être de quinze jours; même différence proportionnelle dans les périodes d'éruption locale et d'éruption générale; les accidents locaux qui font partie de chacune de ces périodes ont enfin une modalité propre, et la réaction générale qui les accompagne est

très-distincte. Cette réaction, pour ainsi dire toujours en rapport avec le degré d'acuïté et la durée des accidents, est beaucoup moins vive dans la syphilis que dans la variole, circonstance importante à connaître dans les cas de diagnostic douteux.

Beaucoup plus que les fièvres éruptives, la morve et le farcin se rapprochent de la syphilis, et ce n'est certainement pas sans quelque motif sérieux que Van Helmont faisait naître la vérole (1) « du commerce abominable de quelque homme avec une jument attaquée de farcin. » L'opinion que la syphilis peut provenir de la morve a du reste trouvé des défenseurs dans ces derniers temps (2); on a cherché à la fonder sur ce fait qui n'est rien moins que prouvé, à savoir que la morve est apparue au siége de Naples en même temps que la syphilis. En 1776, Jalouset (3), chirurgien à Châtillon-sur-Loing, frappé de l'analogie des deux maladies, essaya de leur appliquer le même traitement; il envoya à la Société royale de médecine l'observation d'un cheval atteint de farcin qui, après cinq mois d'un traitement inutile, avait fini par guérir à la suite de l'emploi de la liqueur de Van Swieten. Dans ces dernières années, les études de Rayer et de Tardieu sur la morve et le farcin ont encore mieux dévoilé la ressemblance de la syphilis avec ces maladies. « Parmi les affections connues, je ne saurais mieux comparer la syphilis qu'à la morve et au farcin, dit avec raison Virchow, et ceci à cause de la diversité des altérations locales, de la multiplicité des organes et des tissus attaqués, de la succession des manifestations (4). Je ne connais rien, pour mon compte, qui, à l'œil nu comme à l'examen microscopique, se rapproche autant des lésions syphilitiques que certaines altérations farcineuses. Les testicules d'un cheval affecté de morve chronique m'ont présenté une analogie j'oserais presque dire parfaite avec les tumeurs gommeuses de ce même organe chez l'homme. Malgré ces rapprochements, il est bien évident que l'identité ou même la parenté de la syphilis avec la morve n'est nullement démontrée. Ces deux maladies présentent, dans leur source, dans leur évolution et dans quelques-unes de leurs manifestations, des différences tranchées. La morve nous vient des solipèdes chez qui elle se développe spontané-

(1) *Tumulus pestis*, à l'art. *Peregrina lues nova.*
(2) Voyez Ricord, *Lettres sur la syphilis*, 2e édit., p. 136. — *Lettre* du Dr Beau.
(3) *Histoire et Mémoires de la Société royale de méd.*, Paris, 1776, p. 241.
(4) Virchow, *Syphilis constitutionnelle*, p. 176.

ment dans des conditions données; son incubation, bien que jusqu'ici assez mal déterminée chez l'homme, paraît moins longue cependant que celle de la syphilis, elle a été de quelques jours seulement dans un fait rapporté par A. Bérard. Les prodromes ont, dans les deux maladies, il est vrai, des caractères assez semblables. « Les douleurs prodromiques du farcin chronique, dit le professeur Tardieu, sont ordinairement générales ; c'est un sentiment de brisement de tout le corps avec des éclairs de douleurs qui traversent les muscles du tronc, et principalement du dos et des lombes. » Mais les exacerbations nocturnes de la syphilis font complétement défaut dans la morve. Quant aux éruptions, elles ne montrent pas dans cette dernière maladie la régularité de marche que l'on observe dans la syphilis, elles sont suppuratives et envahissent presque invariablement la membrane de Schneider, la muqueuse des voies aériennes et la surface de la peau, sans présenter jamais la diversité de forme des éruptions syphilitiques. Les lésions plus profondes des articulations et des muscles sont moins circonscrites dans la morve que dans la syphilis; elles se font remarquer aussi par une plus grande tendance à la suppuration. L'évolution est d'ailleurs toujours plus rapide dans la première que dans la dernière de ces maladies.

La *spedalskhed* ou éléphantiasis des Grecs (lèpre du moyen âge) est, comme la syphilis, une maladie à longue échéance, qui se traduit par des lésions tuberculeuses de la peau et des viscères et donne lieu à des troubles variés. Constituées par des exsudations dites albumineuses, les lésions tuberculeuses des spedalskhes diffèrent fort peu des gommes syphilitiques, mais on les trouve plus fréquemment peut-être à la surface interne des cavités séreuses et dans le tissu celluleux sous-péritonéal ; le ramollissement qu'elles subissent occupe du même coup toute leur étendue. Des éruptions de taches foncées, lie de vin, irrégulièrement arrondies, jointes à un état de malaise, de courbature, de frissonnement et de fièvre, tels sont les symptômes prodromiques habituels de cette maladie. Les tubercules sont de petites tumeurs molles, rougeâtres ou livides qui varient, pour le volume, entre celui d'un pois et celui d'une noix ; leur forme est très-irrégulière et mamelonnée. La face est leur siége de prédilection. Ils sont ordinairement doués de sensibilité, andis que les taches qui les précèdent en sont toujours dépourvues. La peau est atteinte dans toute son épaisseur, ainsi qu'il est facile de s'en assurer. Des lésions analo-

gues se montrent du côté des muqueuses de la bouche, du nez, du pharynx et du larynx principalement, d'où des manifestations fort peu différentes de celles de la syphilis. Dans une autre forme de la spedalskhed, forme anesthésique, il existe aussi des symptômes précurseurs, et on voit apparaître des bulles de pemphigus remplies d'une sérosité louche et lactescente. Ces bulles, comme les taches de la précédente période, se reproduisent à plusieurs reprises ; plus tard arrive l'anesthésie qui se fait remarquer dans les interstices des doigts et des orteils. Les poils tombent fréquemment, les ongles s'altèrent, les phalanges se nécrosent, les sens faiblissent ou s'éteignent; en dernier lieu surviennent des paralysies du mouvement qui paraissent dues aux exsudations des méninges rachidiennes et à la sclérose de la moelle épinière.

Malgré un certain degré de ressemblance, les deux maladies néanmoins diffèrent notablement. La spedalskhed n'est pas contagieuse comme la syphilis, ce fait est aujourd'hui hors de doute ; elle ne commence pas, comme celle-ci, par une lésion toujours locale, et d'ailleurs les taches syphilitiques sont d'un rouge cuivré, sans élévation et sans altération de la sensibilité, tandis que celles de la lèpre sont d'un rouge obscur, élevées au-dessus de la peau, un peu déprimées au centre, luisantes, comme huileuses, enfin très-souvent frappées d'insensibilité. Les tubercules syphilitiques, plats et cuivrés, sont en général beaucoup plus durs, plus développés et plus nombreux que ceux de la lèpre, qui sont de couleur fauve et bronzée. Enfin les ulcérations de l'éléphantiasis des Grecs, recouvertes de croûtes brunâtres, reposent sur une base ordinairement molle, tandis que les ulcérations de la syphilide tuberculeuse ont les bords irréguliers et taillés à pic, un fond grisâtre et un cercle d'induration autour de leur base (1). Le diagnostic des localisations viscérales de la spedalskhed et de la syphilis repose en partie sur la connaissance des commémoratifs. L'alopécie lépreuse se distingue de l'alopécie syphilitique en ce qu'elle ne s'observe que sur les endroits de la tête frappés par la maladie.

Les maladies qui, dans la classe des intoxications, demandent à être comparées à la syphilis, sont le mercurialisme, l'iodisme et l'alcoo-

(1) Consultez : D.-C. Danielssen et W. Boëck, *Traité de la spedalskhed ou éléphantiasis des Grecs*, trad. fr. par Colson. Paris, 1848. — J.-H. Guérault, *Observ. méd. recueillies pendant le voyage de son A. I. le prince Napoléon dans les mers du Nord*. Thèse de Paris, 1857. — Gibert, *Traité des maladies de la peau et de la syphilis*, 3e édit., t. II, p. 30.

lisme. La distinction à établir entre ces maladies et la syphilis est de la plus grande importance, si on ne veut pas attribuer aux remèdes ou à l'hygiène ce qui peut appartenir au mal, et réciproquement. Disons que, sous ce rapport, des erreurs ont été souvent commises.

L'intoxication mercurielle, quel que soit d'ailleurs le mode de pénétration de l'agent chimique, produit parfois des accidents qui ne sont pas sans analogie avec ceux de la syphilis secondaire : éruptions cutanées, ulcérations de la bouche, de la langue, du pharynx, nécrose des os maxillaires, tremblements et diarrhée.

Les éruptions mercurielles aiguës, ordinairement fugaces, sont constituées par des érythèmes ou des vésicules ; les éruptions syphilitiques, plus fixes et tenaces, se montrent fréquemment sous forme de pustules ou de tubercules. Celles-ci sont toujours et nécessairement précédées de l'accident primitif, celles-là dans les cas seulement où le mercure est employé à combattre les effets de la syphilis. Les premières se manifestent presque constamment en même temps qu'une salivation plus ou moins considérable des gencives, tandis que les dernières ne présentent jamais ces phénomènes.

Les ulcérations mercurielles ont pour siége d'élection les gencives, la commissure des mâchoires, le bord libre de la langue, la face interne des joues, rarement le pharynx et les parties génitales. Les ulcérations syphilitiques occupent de préférence le voile du palais, les membranes muqueuses des fosses nasales et du larynx, très-fréquemment les parties génitales. Les unes, étalées, recouvertes d'une sorte de pellicule pseudo-membraneuse, sont accompagnées d'une fétidité particulière et pour ainsi dire constante de l'haleine. Les autres, mieux circonscrites, ont plus d'analogie avec les ulcérations ordinaires. Certaines lésions osseuses sont encore des accidents communs aux deux maladies ; mais tandis que dans la syphilis ces lésions sont des effets directs de l'état morbide général et peuvent atteindre différents os, dans l'intoxication par le mercure elles sont des phénomènes consécutifs à la stomatite et restent généralement limitées aux deux mâchoires. La cachexie, enfin, offre des caractères distincts, suivant qu'elle est produite par l'agent mercuriel ou par l'agent syphilitique ; rapide dans le premier cas, elle est lente et chronique dans le second. Avec le mercurialisme, pâleur et décoloration des téguments, bouffissure de la face, œdème des extrémités, épanchements passifs dans les cavités séreuses, diarrhée habituelle, parfois hébétude et tremblement. Dans la

syphilis, cachexie toujours tardive, le plus souvent liée à des lésions des viscères, peau sèche, écailleuse, bronzée plutôt que pâle, amaigrissement et marasme. Inutile de rappeler que certains auteurs (1), même dans ces derniers temps, ont prétendu que la plupart des symptômes tertiaires de la syphilis étaient la conséquence d'un traitement mercuriel. C'est là une opinion qui n'est nullement fondée pour qui connaît la syphilis et l'intoxication par le mercure.

L'iode et même l'iodure de potassium, administrés sans discernement et sans réserve, peuvent être le point de départ d'accidents qui ne sont pas sans offrir quelque analogie avec ceux de la syphilis (2). En même temps qu'ils activent la circulation, ces agents sont quelquefois susceptibles de produire, du côté de la peau, des éruptions érythémateuses, papulo-pustuleuses ou vésiculeuses; du côté des muqueuses, une congestion intense qui se localise de préférence aux fosses nasales (coryza), au pharynx et à la conjonctive. Ces diverses manifestations, auxquelles s'ajoutent une céphalalgie frontale parfois intense, des palpitations, des étourdissements, des bourdonnements et une sorte d'ivresse, sont au moins suffisantes dans certaines circonstances pour prêter à l'erreur, surtout quand elles se rencontrent chez des individus atteints de syphilis. Disons que la confusion est d'autant plus facile qu'un certain degré de maigreur et de décoloration des téguments n'est pas rare en pareil cas.

Effectivement, la syphilis secondaire, à son début, se montre parfois avec un ensemble symptomatique fort peu différent : céphalalgie, courbature, insomnie, légère accélération du pouls, éruptions érythémateuses ou papuleuses. Mais, contrairement à ce qui a lieu dans l'iodisme, l'état général n'est ici que passager, tandis que les éruptions fixes et tenaces revêtent des caractères parfaitement tranchés. Il suffit donc de connaître la possibilité de l'erreur pour savoir l'éviter.

L'alcoolisme chronique, sous certains rapports, se rapproche de la syphilis; comme celle-ci, il est caractérisé anatomiquement par des lésions non suppuratives intéressant la trame de substance conjonctive, symptomatiquement par des troubles variés et une cachexie

(1) Hermann, *Die Behandlung der Syphilis ohne Mercur*, Wien, 1857, et d'autres auteurs que nous citerons plus loin.

(2) Consultez : Trousseau et Pidoux, *Traité de thérapeutique*, t. I, 1855. — Rilliet, *De l'iodisme constitutionnel*, dans *Gaz. hebd. de médec. et de chirurgie*, 1860. — Voyez la discussion académique élevée au sujet de ce mémoire, *Bulletins de l'Académie de médecine* (même année).

spéciale (1). L'alcoolisme, toutefois, ne donne jamais lieu comme la syphilis à ces lésions circonscrites dont la destruction est ordinairement rapide, il produit toujours des lésions diffuses avec tendance à une organisation définitive. Dans ces deux maladies, du reste, dont le point de départ est si différent, l'évolution symptomatique est aussi fort dissemblable, et le mode des symptômes très-distinct. Il n'arrivera jamais, en effet, de confondre l'anesthésie alcoolique avec celle qui peut résulter d'une lésion syphilitique.

A une certaine période de son existence, la syphilis offre une grande ressemblance avec les maladies constitutionnelles : comme ces maladies, elle se fait remarquer par la dissémination et l'uniformité des lésions, par la multiplicité et la variété des symptômes, elle a une durée indéterminée, une marche progressive. La scrofulose, de même que la syphilis, procède par périodes distinctes, au début : affections superficielles du système tégumentaire ; plus tard, affections profondes laissant à leur suite des traces indélébiles, adénopathies particulières puis lésions des os, des articulations, des muscles et des viscères. Dans les deux maladies, le tissu conneetif et les glandes lymphatique, sont les parties le plus souvent affectées ; mais, tandis que les lésions suppuratives sont à peu près nulles dans la syphilis, elles sont fréquentes, au contraire, dans la scrofulose. Ce caractère, déjà marqué dès les premières manifestations, continue quelquefois de se montrer pendant tout le cours de la maladie : l'impétigo, l'ecthyma, l'abcès froid, l'ostéite suppurative, les masses fongueuses des synoviales articulaires des scrofuleux diffèrent notablement, à ce point de vue, des papules, des tubercules et des gommes syphilitiques de la peau et du tissu cellulaire sous-cutanée comme aussi des modifications spécifiques des os et des articulations (2). Il n'y a pas jusqu'aux lésions viscérales qui n'aient des caractères distincts dans les deux maladies ; la dégénérescence amyloïde est d'un autre côté beaucoup plus fréquente dans la scrofulose que dans la syphilis. Le siége des localisations morbides y est d'ailleurs fort différent, car, à ne prendre que les lésions osseuses, tandis que celles qui reconnaissent une origine syphilitique siégent dans la continuité des os, les autres occupent de préférence leurs extrémités. Les cicatrices

(1) Voyez dans *Dict. encyclopéd. des sciences méd.* Paris, 1865, t. II, notre art. ALCOOLISME.

(2) Bazin, *Leçons sur la scrofule.* Paris, 1863.

mêmes sont reconnaissables dans ces deux espèces pathologiques : inégales, bridées, profondes en cul de poule et colorées dans la scrofulose, elles sont en général blanches, lisses, plus régulières et plus superficielles dans la syphilis, où elles affectent quelquefois une disposition en demi-cercle. La tuberculose diffère de la syphilis par le siége de ses manifestations. Le foie est pour cette dernière ce qu'est le poumon pour la première. La lésion syphilitique d'un viscère quelconque indique presque nécessairement une lésion hépatique analogue. Plusieurs manifestations rapprochent le rhumatisme de la syphilis : éruptions cutanées, lésions tendineuses, périostiques, cardiaques, etc., ne diffèrent souvent des affections syphilitiques ayant même siége que par la douleur plus vive qui les accompagne et par une plus grande mobilité.

Quelques-unes des lésions du rhumatisme ont même une grande analogie de structure avec les altérations de la syphilis. Rien ne ressemble plus à une tumeur gommeuse que ces artérites partielles dont le produit est connu sous le nom d'athérome. La différence capitale est dans le siége de la localisation anatomique ; c'est ainsi que les valvuves cardiaques et les vaisseaux artériels fréquemment affectés dans le rhumatisme, le sont au contraire d'une façon exceptionnelle dans la syphilis. L'état de cachexie propre à chacune de ces maladies est d'ailleurs tout à fait distinct, ce qu'expliquent suffisamment les causes qui le produisent.

Dans le rhumatisme, la cachexie, d'ordinaire sous la dépendance d'une lésion cardiaque, est principalement caractérisée par des congestions passives, des infiltrations séreuses du tissu cellulaire sous-cutané et des cavités séreuses ; dans la syphilis, ce même état, lié en général aux modifications subies par les glandes hémopoiétiques, se révèle par un amaigrissement progressif et le marasme.

Moins que les maladies précédentes, la goutte mérite d'être comparée à la syphilis ; cependant il n'est pas sans à-propos de rappeler les signes distinctifs qu'a donnés des douleurs de la syphilis et de la goutte un auteur très-recommandable : « Et quant aux douleurs syphilitiques, dites gouttes, écrit A. Paré (1), elles diffèrent de celles qui sont vulgaires (la goutte proprement dite), car les vulgaires ont certaines périodes et paroxysmes, et celles de la vérole sont presque

(1) A. Paré, *Œuvres*, liv. XIX, ch. v, p. 446, Lyon, 1652, et édit. Malgaigne.

continuelles. En outre, les gouttes vulgaires demeurent quelquefois non-seulement cinq ou six ans au plus cachées en un corps, mais aussi toute la vie d'un homme, vivant de bon régime, sans qu'il s'en ressente, et toutefois les enfants issus de lui en seront affligés; ce qui n'est pas ainsi de celles de la vérole. Car on les voit ordinairement guérir avec toutes leurs racines, sans jamais récidiver de père en fils. Davantage les gouttes qu'on appelle naturelles occupent les jointures, et y causent des nodus, dedans lesquels on trouve une matière pierreuse et gypseuse, et celles de la vérole occupent le milieu des os, les rendant carieux et pourris. »

La diathèse cancéreuse ne procède pas, comme la syphilis, par périodes successives; aussi celles de ses manifestations qui pourraient faire croire à des lésions syphilitiques tertiaires ne sont jamais précédées des affections que nous avons rapportées aux phases primitives de la syphilis. Elles surprennent habituellement des organismes sains, au moins en apparence. Mais du reste, ainsi que nous l'avons exposé, les affections cancéreuses diffèrent des localisations de la syphilis par leurs caractères histologiques.

§ 2. — Pronostic.

Nous avons, dans la partie nosographique de ce travail, fait connaître le degré de gravité de chacune des nombreuses manifestations morbides de la syphilis; seul, le pronostic local nous a occupé, il reste maintenant à parler du pronostic, non plus de telle ou telle modification isolée, mais de la maladie considérée dans son ensemble. Que la syphilis soit une maladie sérieuse, c'est là un fait qui n'est pas contestable, mais pourquoi et dans quelles conditions; enfin, comment savoir reconnaître à l'avance quelle sera sa gravité : telles sont les questions qui se présentent à notre examen.

Les lésions viscérales, en conséquence desquelles la syphilis se termine quelquefois par la mort, les cicatrices ou les difformités qui peuvent résulter d'une lésion toute locale, la possibilité d'une transmission par contagion ou par hérédité; telles sont les circonstances qui, pour l'individu comme pour la famille ou même pour la société, font de la syphilis une maladie redoutable. Plus les lésions viscérales sont profondes, étendues et anciennes, plus aussi la syphilis doit inspirer de craintes, et ces craintes doivent être d'autant plus grandes que l'organe intéressé est plus essentiel à la vie. C'est dire que les

affections syphilitiques des canaux aériens, du cœur et du cerveau, sont celles qui compromettent le plus l'existence, susceptibles qu'elles sont dans certains cas d'amener une mort rapide, sinon subite. Les lésions hépatiques, quoique moins à redouter, sont loin d'être sans danger, tant par l'ascite qu'elles produisent que par les hémorrhagies et la cachexie qui les accompagnent. On peut en dire autant des glandes vasculaires sanguines, qui mènent également à la cachexie, au marasme, et placent l'organisme dans les conditions les plus favorables au développement des complications ultimes, la pneumonie et l'érysipèle. Dans la plupart des cas, en l'absence même de toute manifestation, la syphilis peut être regardée comme l'épée de Damoclès, qui n'attend que l'occasion de frapper de nouveau l'individu qu'elle a déjà blessé. Après sa guérison même, elle laisse parfois des adhérences anormales, des cicatrices plus ou moins gênantes, telles que l'accolement du voile du palais au pharynx, des rétrécissements plus ou moins considérables du larynx, de la trachée ou des bronches; la face, d'un autre côté, peut être le siége de difformités repoussantes. Mais ce n'est pas tout, la syphilis est communicable par contact, et maintes fois on a vu un seul individu devenir une sorte de foyer épidémique. La syphilis, le plus souvent, rend l'enfant solidaire de l'infection contractée par l'auteur de ses jours, et sous ce rapport elle doit être considérée comme l'une des maladies les plus redoutables. Que d'enfants malingres, chétifs, dégénérés ou voués à une mort certaine pour avoir hérité de ce mal! Que de familles éteintes pour n'avoir pas échappé à ce fléau de la reproduction!

Forme grave, la syphilis héréditaire n'attend pas toujours que sa victime ait vu le jour; trop souvent elle tue l'enfant dans le sein de sa mère, ou peu de temps après sa naissance, et dans tous les cas elle le laisse exposé tôt ou tard à des affections sérieuses. L'observation nous apprend, à cet égard, que le danger est d'autant plus grand que l'infection est plus rapprochée du moment de la conception. L'action funeste du virus va donc en s'affaiblissant peu à peu. Après un accouchement à terme, les enfants nés vivants ont chance de continuer de vivre (Bertin). Cette règle cependant est loin d'être absolue; mais en général, plus tôt la syphilis se développe après le moment de la conception, plus elle est à redouter. Presque jamais elle ne pardonne au fœtus; l'enfant nouveau-né peut lui échapper, et plus tard elle n'est pas incompatible avec une longue existence, l'adulte

parvient quelquefois à surmonter le mal dont ses parents n'avaient pu se débarrasser. De cette façon on voit finir certaines maladies héréditaires lors que la stérilité ou la mort de tous les produits n'a pas conduit à une extinction complète de la race. Les statistiques suivantes peuvent à la rigueur, donner une idée de la gravité de la syphylis héréditaire. La mortalité par la syphilis étant, en 1847, de 565 pour toute la Grande-Bretagne, il y eut sur ce nombre 265 enfants au-dessous d'un an (1). A Lyon, le docteur Gay a trouvé, pour l'année 1851, que sur un total de 5327 décès 19 avaient eu lieu par syphilis, dont 15 se rapportaient à des individus au-dessous de dix ans (2). La syphilis du père et celle de la mère retentissent avec une intensité à peu près égale sur le produit de la conception (3). Quelques auteurs toutefois attribuent une influence plus fâcheuse à la syphilis maternelle. Cette influence, suivant Pick (4), est très-défavorable ; dans 106 cas de syphilis transmise par la mère, 17 enfants naquirent avant terme, 44 à terme, 11 parmi les 17 premiers et 3 parmi les derniers étaient morts-nés. Des 47 enfants vivants, 4 seulement vécurent plus de 3 mois, le sort de deux fut inconnu ; pour les autres, au nombre de 41, la durée moyenne de la vie fut de 26 jours, la durée la plus courte de une heure, la durée la plus longue de 90 jours.

Ainsi la syphilis diminue le nombre des naissanees ; elle fait périr l'enfant en bas âge, sinon, elle ne lui pardonne pas encore ; plus tard, elle peut l'atteindre, et dans tous les cas elle modifie plus ou moins sa manière d'être. Effectivement, il y a des raisons sérieuses pour regarder la syphilis comme l'une des causes de l'amoindrissement des forees, de la diminution de la taille et de la dégénérescenee de certaines familles.

L'âge, le sexe, les influenees hygiéniques et météorologiques ; telles sont les conditions qui, si elles ne parviennent pas à changer le pronostie de la syphilis, le modifient au moins quelque peu. Dans le jeune âge, la syphilis, comme l'a observé le doeteur Roger, est toujours plus aiguë et plus grave, elle offre quelquefois le eachet de la malignité ; le sexe la modifie peu, mais une mauvaise hygiène, une alimentation insuffisante et la malpropreté ont une action évidente sur son degré

(1) Hunt, *On syphilitic eruptions*. London, 1854.

(2) Citat. de Diday, *Exposit. théor. et prat. des nouv. doctr. sur la syphilis*. Paris, 1858, p. 381, in-12.

(3) Voy. Baerensprung, *Hereditäre Syphilis*. Berlin, 1864.

(4) Voy. *Schmidt's Jahrb.*, t. CXX, p. 194.

de gravité. Des faits nombreux établissent que les changements brusques de température et l'humidité peuvent exercer la même influence. Lorsqu'elle est compliquée d'une autre maladie, la syphilis est évidemment plus grave et plus difficile à guérir. Il en est de même lorsqu'elle a subi sans succès un traitement approprié.

Le pronostic de la syphilis varie en outre suivant la forme qu'elle revêt ; peu sérieuse dans la forme bénigne, cette maladie est déjà grave dans la forme commune, plus grave encore dans la forme maligne. Relativement aux périodes, la dernière seulement est de nature à donner de grandes inquiétudes, les autres en général compromettent peu l'existence.

A côté de ces indications pronostiques il en est d'autres qui se tirent de la modalité symptomatique et qui ne sont pas moins importantes à connaître. En traitant du chancre, nous avons fait remarquer que les caractères de cette manifestation pouvaient servir au pronostic général de la maladie. Effectivement selon qu'il est plus ou moins fortement induré, qu'il est ou qu'il n'est pas phagédénique ou gangréneux, cet accident présente une signification pronostique différente, et, sans vouloir partager les opinions par trop absolues de Carmichael et de quelques autres syphilographes, il faut néanmoins reconnaître que la modalité particulière du chancre révèle la susceptibilité de l'organisme à l'action du virus. Avec un chancre très-induré et à plus forte raison avec un chancre phagédénique ou gangréneux, il y a à craindre des syphilides pustuleuses ou ulcéreuses graves, des accidents sérieux du côté des muqueuses, telle est du moins, semble-t-il, la conséquence légitime déduite de la statistique dressée par Bassereau (1). Sur 72 cas de syphilide pustuleuse, cet auteur a trouvé : érosions chancreuses, 3 ; ulcérations attaquant au moins toute l'épaisseur de la membrane tégumentaire et variant de la grandeur d'une lentille à celle d'une pièce de un franc, 41 ; chancres phagédéniques, 20 ; chancres phagédéniques serpigineux, 4.

Les syphilides, suivant quelques observateurs, peuvent avoir une valeur pronostique au moins égale à celle du chancre. « Quand on veut juger d'avance la gravité d'une vérole et prévoir les désordres qu'elle est capable de produire ultérieurement, *la première syphilide*, écrit Diday (2), est le signe le plus précieux auquel on puisse s'atta-

(1) Bassereau, *Traité des affect. de la peau sympt. de la syphilis*. Paris, 1852.
(2) Diday, *Histoire natur. de la syphilis*, p. 119. Paris, 1863.

cher. En effet, le plus ou moins d'intensité des prodromes n'accuse guère que le plus ou moins de force de résistance dont la constitution du sujet est douée..... Seule la syphilide, grâce à la forme très-variable et très-accusée sous laquelle elle se manifeste, arrive à donner une juste idée de ce que sera la syphilis dont elle marque le début. Avec une roséole pure et simple, restant telle pendant toute sa durée, n'affectant en aucun point la tendance à papuler, s'effaçant en dix ou quinze jours, vous avez beaucoup à espérer ; la cure spontanée est presque certaine. Mais le contraire n'est pas moins vrai, et, au temps de mes premiers essais, je me rappelle avoir été deux fois sur le point de regretter d'avoir voulu ne lutter que par des médications non spécifiques contre une vérole dont la première poussée à la peau avait été papuleuse et squameuse. Les syphilides vésiculeuse et pustuleuse comportent, elles aussi, bien entendu, un pronostic grave. »

Évidemment nous ne pouvions passer sous silence ces intéressantes remarques de l'un des syphilographes les plus estimés de notre époque, et si nous ne leur donnons pas tout notre assentiment, dans l'idée que de nouvelles recherches sont encore nécessaires sur un point si délicat, nous ne félicitons pas moins notre confrère lyonnais d'être entré l'un des premiers dans une voie tout à fait pratique et qui, certes, promet d'être utile.

Une question plusieurs fois agitée trouve sa place ici, celle de savoir si, depuis la fin du quinzième siècle jusqu'à nos jours, la syphilis est en décroissance et tend à disparaître. Pour la résoudre, établissons d'abord la gravité primitive de cette maladie. Or, voici la description qu'en donnait Catanée en 1505 : « Monstruosus morbus fœtiditate magna, innumeris pustulis, ulceribus per totam faciem universumque corpus, magna etiam sævitia dolorum noctu præsertim humanum genus affligens laceransque nodositatibus instar lapidum, plerosque debiles et mancos effecit, et taliter in humanum genus grassatus est ut quodcumque genus mortis potius eligendum sit. » Vigo, parlant des douleurs qui survenaient aux syphilitiques, écrivait : « Doloribus clamosis laborant. » Nous connaissons la relation de Fracastor, nous savons qu'avec la plupart des auteurs du seizième siècle, il admet déjà de son temps une diminution dans l'intensité du mal (1). A. Paré se range à cette opinion. « La vérole du temps présent, dit-il, est beau-

(1) Voir l'Historique, p. 24 de ce livre.

coup moins cruelle et plus aisée à guérir qu'elle n'était du temps passé de son premier commencement ; car elle s'adoucit de jour en jour évidemment (1). Astruc n'hésite pas à partager ce sentiment ; et alors, pourquoi ne pas nous en rapporter à ces auteurs dignes, à tous égards, de notre confiance, et comment ne pas reconnaître avec eux qu'il y a eu décroissance dans l'intensité de la syphilis, quand surtout certains syphilographes, au nombre desquels se trouve Diday, admettent la diminution de force du virus qu'ils attribuent au fait de sa migration successive d'individu à individu ? C'est là, à notre sens, un point difficile à juger, car si la syphilis de nos jours n'est pas comparable à celle de l'épidémie de Naples, la raison tient peut-être simplement aux différences des conditions hygiéniques. La gravité des endémoépidémies syphilitiques qui ont sévi depuis la fin du quinzième siècle est tout au moins un fait qu'il est possible d'invoquer à l'appui de cette manière de voir. Si dans ces épidémies la syphilis est plus intense et plus maligne, c'est en vertu de certaines causes accessoires qui ont présidé à son extension, et ainsi il n'est pas prouvé et il ne peut être admis sûrement que la syphilis soit moins grave aujourd'hui qu'elle ne l'était au plus beau moment de son existence. L'induction tirée de l'affaiblissement du vaccin est sans valeur, puisque cet affaiblissement peut tenir, non pas à la répétition des transmissions, mais au transport du virus d'une espèce à une autre espèce. Au demeurant, sans vouloir soutenir avec la même rigueur que Rollet la proposition que la syphilis ne s'est nullement affaiblie depuis son origine, nous pensons que si elle a diminué dans son intensité, ce n'est pas de façon à faire concevoir, ainsi qu'il est arrivé à quelques auteurs, le doux espoir de voir un jour cette maladie s'éteindre d'elle-même. Aussi, à ce sujet, sommes-nous de l'avis de Fernel, qui écrivait : « Nisi Deus opt. max. sua clementia ipse exstinguat, aut effrenem hominum libidinem temperet, nunquam extinctum iri, sed fore humano generi comitem et immortalem crediderim (2). »

(1) Paré, *Œuvres*, t. II, p. 533, édition Malgaigne. Paris, 1840, et éd. Lyon, 1652.

(2) Fernel, *De luis venereæ curatione perfectissima liber* cap. II. Voyez *Aphrodisiacus* de Gruner, p. 143.

QUATRIÈME PARTIE

ÉTIOLOGIE

CHAPITRE PREMIER

CAUSE EFFICIENTE. — LE VIRUS SYPHILITIQUE; SON ACTION, SES MODES DE TRANSMISSION.

Des opinions diverses ont été émises touchant la cause efficiente de la syphilis. Les premiers médecins qui firent connaître cette maladie, soumis aux idées astrologiques de leur temps, ne manquèrent pas de faire intervenir dans sa genèse l'influence des astres. C'est ainsi que P. Pinctor (1), Grunbeck (2), P. Maynard, etc., se demandent à quelle influence stellaire ou à quelles conjonctions planétaires on doit l'apparition de ce fléau. Leonicenus l'attribue aux inondations de 1493. D'autres auteurs, imbus des théories humorales ou galéniques, admettent avec N. Massa (3), que ce mal a sa source dans une disposition particulière du foie, une sorte de métastase de matière bilieuse sur les parties génitales. Peu à peu, et à mesure que l'on reconnut l'influence des rapprochements sexuels dans la propagation de la maladie, ces premières idées furent abandonnées. L'un des contemporains de l'épidémie de Naples, Al. Benedetti, indiqua comme principe de la contagion syphilitique une cause spéciale, une *teinture vénérienne*, dont il plaça l'origine dans l'altération des humeurs exhalées par les organes génitaux de la femme. Paracelse, qui, l'un des premiers, adopta la dénomination de *lues venerea* donnée par Béthencourt, devina presque la véritable nature de la syphilis,

(1) Pinctor, *Tractatus de morbo fœdo et occulto, his temporibus affligente*, 1499, cap. IV.

(2) Grunbeck, *Tractatus de pestilentiali Scorra sive mala de Franzos*, 1503, cap. IV.

(3) N. Massa, *De morbo gallico liber*, cap. IV.

en signalant le *miasme vénérien* qu'il regardait comme le principe constitutif de cette maladie. Une fois introduit dans l'économie, ce miasme se combine avec toutes les autres maladies, les modifie et leur donne une forme nouvelle ; mais là, ne s'arrêtent pas ses effets. Paracelse, poussant son système jusqu'à ses dernières limites, admet que ce miasme peut produire une foule d'affections, telles que la phthisie, l'hydropisie, la diarrhée, les exanthèmes, les lupus, le cancer, etc.

Qu'il y ait ou non éclair de génie dans les vues de Paracelse, on ne peut lui refuser d'avoir soupçonné tout à la fois et le virus syphilitique et la plupart de ses nombreux effets, y compris les lésions viscérales. Fernel (1), indique d'une façon plus précise la véritable cause de la syphilis. La cause de la maladie vénérienne, nous dit-il, est une qualité occulte et vénéneuse contractée par contagion, inhérente à une matière quelconque, humeur ou autre, qui lui sert de véhicule et la porte dans l'économie (2). Ainsi, selon ce grand médecin, l'air et l'haleine ne peuvent pas communiquer ce mal, et le contact d'une matière quelconque qui contient le virus et lui sert de véhicule est chose nécessaire (3). Dans ces conditions, la syphilis se range dans la classe des maladies contagieuses. Aussi Fernel ne manque-t-il pas de la rapprocher de l'hydrophobie et de l'empoisonnement par la piqûre des animaux ; de cette façon il fait justice de toutes les opinions bizarres qui régnaient avant lui sur ce mal nouveau. Après Fernel, la doctrine du virus n'est cependant pas encore adoptée. Varendal, reprenant les idées de Massa et de Fallope, fait à nouveau du foie le point de départ des accidents syphilitiques. Pour Nicolas de Blégny, la cause génératrice ou matérielle des maladies vénériennes, est due à des acides. Bien d'autres opinions ont été émises à ce sujet ; mais la seule indication en serait fastidieuse.

Des médecins d'un haut mérite, Astruc, Boerhaave, Van Swieten et plusieurs autres, se déclarent partisans de la théorie du virus, qui, plus tard, fut définitivement établie par les expériences de Hunter. Mise de côté par Broussais et son école, cette théorie a été reprise par Ricord, et aujourd'hui peu de personnes songent à la contester. Cependant les auteurs qui admettent l'existence d'un virus syphi-

(1) Fernel, *De luis venereæ curatione perfectissima liber*, cap. IV.

(2) Luis venereæ virus, non inspiratu, sed humore in quamvis partem cutis nudam defixo, sensim prorepit in omne corpus.

(3) *Loc. cit.*, cap. I.

litique ne s'accordent pas tous sur les propriétés et sur les qualités de ce principe morbide. Les recherches chimiques et micrographiques ne nous ont rien appris sur son essence. De nombreuses hypothèses ont été faites pour en expliquer la nature. Certains auteurs le considèrent comme une substance acide ou alcaline, ou bien encore comme un poison âcre et corrosif; d'autres, comme un ferment, un levain ou même un principe incorporel, invisible (Fernel, Cazenave).

Entre ces opinions il sera inutile de se prononcer, tant que des analyses exactes, multipliées, n'auront pas déterminé nettement les caractères physiques et distinctifs de cet agent. Or, jusqu'ici, il a été peu étudié, probablement à cause de la difficulté de se le procurer à l'état de simplicité et de pureté. Ce qu'on sait, c'est qu'il est un principe fixe et non volatil, contenu dans un liquide clair, transparent, opalin, légèrement visqueux, et jusqu'à un certain point analogue au vaccin. Ce n'est pas assez sans doute pour le faire reconnaître d'avec un autre liquide organique de même coloration et de même fluidité ; le caractère propre de la virulence n'y est point indiqué, et jusqu'ici il ne se saisit que par ses effets sur l'organisme; mais c'en est assez néanmoins pour le distinguer nettement de tout autre principe. La purulence est ici opposée à la virulence; car, sitôt que le pus apparaît, la puissance virulente diminue, et la contagion est souvent impossible. Le liquide que l'on voit sourdre à la surface de l'érosion chancreuse est le meilleur type qu'on puisse donner du virus syphilitique : alors, en effet, ce virus n'est mélangé ni avec le détritus provenant d'un chancre fortement induré et déjà en voie d'évolution rétrograde, ni avec le pus que sécrète le chancre qui se répare, ou la pustule d'ecthyma, ou tout autre accident; il n'est pas non plus mêlé à de nombreuses cellules épithéliales ou à des globules de mucus, ainsi qu'il arrive lorsqu'il provient des plaques muqueuses.

Produit de sécrétion morbide, ce virus est l'effet d'une maladie dont il peut devenir la cause, de la même façon que le fruit, produit d'une graine, peut à son tour, dans des conditions données, engendrer des fruits semblables. Rien d'extraordinaire en cela, et que l'on ne vienne pas nous dire que ce virus ne joue d'autre rôle que celui de cause occasionnelle. Évidemment, pour engendrer la syphilis, il est besoin d'un organisme prédisposé, de la même façon que la graine demande un terrain approprié pour son développement. Inutile donc de prolonger ces considérations. Ce virus com-

munique ses propriétés aux substances avec lesquelles il est mis en contact, et ces substances, comme le virus lui-même, n'exercent d'action spécifique qu'à la condition de n'avoir subi aucune altération. Certains agents, tels que les acides, les alcalis, le chlore, le modifient profondément et lui enlèvent ses propriétés nuisibles; il paraît même que la mortification des tissus qui sont le siége de cette sécrétion pathologique conduit au même résultat. Relativement à son absorption, bon nombre d'auteurs se sont demandé quelle en était la voie ; mais cette question supporte peu la discussion : les agents d'absorption du virus syphilitique sont ceux des autres substances, c'est-à-dire les capillaires veineux et plus particulièrement peut-être les vaisseaux lymphatiques.

Un autre point plus important, eu égard aux applications thérapeutiques, consiste à déterminer si l'absorption du virus est immédiate, ou si elle ne s'opère qu'au bout d'un certain temps et après une sorte de multiplication de l'agent morbifique au niveau de la partie contaminée. Nous avons déjà dit ce qu'il fallait croire à ce sujet (1); ajoutons que l'ablation, pas plus que la cautérisation du chancre syphilitique, n'empêche, ainsi que l'ont prouvé des expériences bien faites, l'infection de se manifester. Évidemment, pour admettre avec assurance l'absorption immédiate du virus syphilitique, il faudrait produire les mêmes expériences qui ont été pratiquées avec le virus vaccin, d'abord inoculer, puis laver la plaie, la cautériser, appliquer une ventouse à sa surface, et si dans ces conditions le chancre et ses suites apparaissaient, il est clair qu'il ne pourrait y avoir le moindre doute. Mais le devoir qui commande de ne pas exposer la santé de ses semblables rend de pareilles expériences impraticables. En réalité, en avons-nous si grand besoin avec l'enseignement que donne le vaccin, dont on connaît la grande analogie avec le virus syphilitique, et n'y a-t-il pas lieu de croire que, comme les virus vaccin et varioleux, le virus syphilitique se dissémine dans les différents points du corps, qu'il ne germe pas sur place, et que l'économie tout entière subit de suite l'impression qu'elle est susceptible d'en recevoir ? Cependant on ne saurait admettre que tous les principes connus, à tort ou à raison, sous le nom de virus, se comportent de la même façon. La pustule maligne exerce, dès l'abord, une

(1) Voyez Davaine, *Comptes rendus de l'Académie des sciences*, 1865.

action toute locale; mais cette différence, dont nous nous demandons encore la raison, ne tient-elle pas à la constitution spéciale de la matière contagieuse qui renferme en abondance des bactéridies? La difficulté d'absorption de ces corpuscules peut rendre compte en effet de l'état local qui ici précède l'état général, elle explique aussi ce fait, résultat d'expériences communiquées à la Société de biologie par notre distingué collègue M. Davaine, le défaut d'infection du fœtus par la mère dans l'inoculation de la pustule maligne (1). Sans insister davantage sur l'analogie ou les différences qui existent entre les principes virulents (2), voyons comment on peut concevoir le mode d'action du virus syphilitique sur les tissus et les organes.

Le virus est-il dans le sang? A cette question Hunter répondait par la négative. Le sang, pour cet auteur, n'était pas inoculable; mais des expériences que nous citerons plus loin prouvent d'une façon péremptoire que ce liquide, pris sur un individu à la période secondaire, est susceptible de communiquer la syphilis à un individu sain. Ainsi, pas de doute, le virus syphilitique, à un moment donné, existe bien dans le liquide sanguin. Or, s'il en est ainsi, deux hypothèses sont admissibles. Le sang est virulent, parce que l'économie impressionnée et modifiée par la gouttelette contaminante est apte à sécréter la matière virulente. Cette première hypothèse exige que toutes les humeurs soient virulentes, ce qui n'a pas lieu. Le sang est virulent, parce que le principe contagieux s'y trouve mêlé et s'y est multiplié. Cette dernière hypothèse paraît plus vraisemblable. Admise par Astruc, acceptée par Rollet, la multiplication du virus syphilitique n'est, à la vérité, prouvée par rien; mais aussi aucun fait ne la contredit. S'il est vrai toutefois que ce virus se dissémine en se fixant à l'un ou à l'autre des principes du sang, on se demande auquel de ces principes il s'unit de préférence. Et alors, il semble que ce soit aux globules plutôt qu'au sérum, puisque, dans les cas d'inoculation du sang pratiqués jusqu'ici, la réussite n'a eu lieu qu'autant que les globules sanguins ont servi à l'opération, et

(1) Chez des femelles (lapines) auxquelles il avait inoculé la pustule maligne, M. Davaine a pu s'assurer de la parfaite santé de tous les produits, et tandis qu'il trouvait des bactéridies dans le placenta, le sang du fœtus en était entièrement exempt.

(2) Consultez sur ce sujet: Vauthier, *Du virus syphilitique et de ses effets*. Thèse de Paris, 1850. — Ch. Robin, *Sur les états de virulence et de putridité de la substance organisée*, Comptes rendus des séanc. et mém. de la Société de biologie, t. V, série III. — Péter, thèse citée, Paris, 1863.

que la transmission de la syphilis d'une mère infectée dans le cours de la grossesse, au fœtus, ou d'un fœtus syphilitique à la mère, est dans l'espèce un accident relativement rare, ce qui ne serait pas sans doute, si le sérum servait de véhicule au virus syphilitique. Ainsi le virus syphilitique paraît se fixer de préférence aux globules sanguins, et, transporté par ces éléments, il va modifier les tissus.

B. Bell et le plus grand nombre des syphilographes croient à une action directe du virus syphilitique sur le sang; mais cette opinion paraît peu admissible. Par les effets qu'il détermine, ce virus est, à notre avis, tout à fait comparable à certains poisons irritants, tels que l'alcool qui agit bien plutôt sur les parties solides que sur les parties liquides. En effet, de même que l'alcool et beaucoup d'autres substances, le virus syphilitique contenu dans le sang agit sur la trame des organes, où il produit en même temps qu'une hyperhémie le développement d'éléments de nouvelle formation.

Telle est la période de la maladie dans laquelle, tous les accidents qui fournissent un produit de sécrétion, sont contagieux et inoculables. Les choses se passent ainsi pendant un certain temps (période du chancre et des accidents secondaires). Après un séjour plus ou moins long dans l'économie, l'agent virulent est éliminé; le fait est qu'il n'est plus ni dans le sang ni dans aucun des produits de sécrétion physiologique ou pathologique, puisque le sang et ces produits ont cessé d'être inoculables, comme le prouvent les expériences faites à ce sujet. La maladie cependant n'a pas accompli toutes ses phases, et la souffrance de l'organisme persiste toujours. Le mal continue son évolution et il survient de nouvelles manifestations, de même qu'on voit, chez un buveur, apparaître, longtemps après l'abstention des liqueurs fortes, des accidents qu'il n'est possible de rattacher qu'à l'alcoolisme. Dans cet état, qui est la période véritablement chronique de la maladie, il devient évident que l'organisme modifié a conservé une aptitude particulière à produire dans les différents points du corps des désordres qui, anatomiquement, sont caractérisés par une hypergénèse spéciale des tissus connectifs. A la simple impression du virus a succédé l'imprégnation, et il en est résulté une modification de tout l'organisme tellement profonde, qu'elle disparaîtra difficilement. L'individu malade a acquis la constitution syphilitique, il n'est plus un être normal, mais un individu dévié du type, il a subi une sorte de dégénérescence.

Après avoir parlé du virus syphilitique, il y aurait lieu sans doute de se demander quel est son degré de force dans le temps et de chercher si, comme le supposent certains auteurs, il a pu diminuer d'intensité depuis la fin du quinzième siècle. Cette question traitée ailleurs ne doit plus nous arrêter.

§ 1. — Contagion.

Après avoir attribué à la syphilis des causes plus ou moins imaginaires, les premiers syphilographes finirent par reconnaître que cette maladie était l'effet habituel sinon constant de la contagion. D'abord ils admirent que celle-ci pouvait s'effectuer à distance ; mais en 1512, J. Almenar parle déjà avec ironie des cas de transmission de cette nature auxquels il faut croire pieusement, dit-il, puisqu'on en a observé chez plusieurs religieux. Fracastor (1530) déclare qu'on ne voit plus la syphilis se transmettre par l'intermédiaire de l'air. Vidus Vidius (1550) et Fernel nient que ce mode de contagion ait jamais existé. Dès ce moment, la contagion est acceptée par la plupart des syphilographes, non-seulement dans les rapports sexuels, mais à la suite de toute espèce de contact un peu prolongé, direct ou indirect, et notamment par l'allaitement, par l'usage commun des ustensiles de ménage ou autres, et par la voie héréditaire.

L'erreur de cette époque fut d'admettre la transmission de la syphilis sans distinction de périodes et par toute espèce d'humeurs, pathologiques ou physiologiques, en particulier par le lait, la sueur, la salive, etc. Néanmoins les deux modes de propagation de la syphilis, la contagion et l'hérédité, étaient connus. Hunter ne voulut point croire à l'hérédité syphilitique. Une école célèbre a plus récemment nié la contagion des accidents secondaires. Mais, aux observations nombreuses des anciens auteurs se sont ajoutés des faits qui, aujourd'hui, mettent hors de doute le mode de propagation par ces accidents.

SOURCES DE LA CONTAGION.

Hunter montra sans peine le peu de valeur de l'opinion qui, jusqu'à lui, consistait à regarder comme autant de sources de contagion toutes les humeurs des syphilitiques. Les inoculations qu'il pratiqua sur des individus déjà malades furent loin toutefois de le conduire à la vérité. Partant du résultat de ses inoculations,

il arriva à cette conclusion, que le chancre primitif et la gonorrhée sont les seuls accidents inoculables. Selon lui les lésions constitutionnelles et le sang ne sont pas contagieux. Il devait en être ainsi : puisque la syphilis ne se double généralement pas, les accidents que Hunter regardait comme contagieux ne pouvaient par conséquent être syphilitiques. Ricord, reprenant vers 1836 les expériences de Hunter, arriva aux mêmes conséquences; seulement, à l'exemple de Balfour, Bell, Hernandez, etc., et contrairement à Hunter, il regardait la blennorrhagie comme une maladie spéciale, différente et tout à fait distincte du chancre.

Cependant, vers la même époque où Ricord répandait un nouveau lustre sur les opinions de Hunter, un revirement singulier s'opérait dans la patrie même de ce dernier. En 1835, Wallace procède, comme Hunter, par voie expérimentale; mais, au lieu d'inoculer le malade lui-même, il a l'idée, peu louable sans doute au point de vue humanitaire, de porter le principe contagieux de l'individu malade à un individu sain. Or, les conséquences qui résultèrent de ce mode d'expérimentation furent toutes différentes; les accidents secondaires, dont Hunter avait nié le caractère contagieux, produisirent des résultats positifs entre les mains de Wallace, et dès lors un coup fatal était porté à la doctrine, un pas venait d'être fait, une doctrine nouvelle prenait naissance. Effectivement, les expériences de Wallace répétées démontrèrent que les humeurs contagieuses proviennent d'accidents multiples, qu'elles sont généralement l'effet d'une sécrétion pathologique, plus rarement d'une sécrétion physiologique.

Les produits de sécrétion pathologique ne sont contagieux qu'à la condition d'avoir une origine spécifique. « Les sécrétions morbides non spécifiques d'un syphilitique (pus, matière catarrhale, sérosité de l'eczéma, etc.), écrit Diday (1), ne sont pas contagieuses. J'ai inoculé sans succès à une jeune dame saine la matière d'une pustule d'acné iodique prise chez un syphilitique en plein début de poussée secondaire. » L'inoculation, par le même expérimentateur, de la sérosité d'un eczéma n'eut pas plus de réussite. Les docteurs Rollet et Viennois (2) ont fait voir au Congrès médical de Lyon, que du vac-

(1) *Gaz. méd. de Lyon*, févr. 1865, p. 47.
(2). Voy. Bouchard, *Gazette hebdom. de méd. et de chir.*, 1864, p. 706.

cin pur pris sur un sujet syphilitique ne transmet que la vaccine Seul, le liquide muqueux qui s'échappe du nez d'un enfant atteint de coryza syphilitique a pu être considéré comme contagieux. Chabrely (1) et H. Roger (2) rapportent des faits qui ne laissent aucun doute à cet égard ; mais on se demande si ce liquide n'était pas le produit de sécrétion de quelques plaques muqueuses.

Les accidents syphilitiques qui donnent naissance au principe contagieux sont les accidents dits primitif et secondaires.

1° *Accident primitif.* — Qu'il se manifeste sous la forme de chancre induré ou d'érosion chancreuse, l'accident primitif est éminemment contagieux. Deux ordres de preuves appuient cette proposition ; elles sont les unes cliniques, les autres expérimentales. Les faits cliniques sont nombreux, et il serait long et fastidieux de les citer ici. Le docteur Alf. Fournier en donne plusieurs exemples dans sa thèse inaugurale (3), puis il ajoute : « Qu'il me suffise de dire que, dans une série de soixante-douze observations, le chancre induré a toujours donné naissance (sur les sujets sains, bien entendu) à un chancre de même nature, et toujours dans ces conditions la vérole a succédé au chancre de part et d'autre. »

Les faits expérimentaux ne sont plus rares aujourd'hui, ceux qu'ont rapportés Rinecker (4), Gibert (5), Rollet (6), Baerensprung (7), ne laissent pas de doute dans l'esprit. L'accident primitif ou chancre infectant est donc contagieux. Le chancre mixte ou hybride est aussi susceptible de transmettre la syphilis. Il en est de même du chancre phagédénique; ce dernier toutefois est, sous ce rapport, moins à redouter. On a prétendu que le chancre simple développé chez un sujet syphilitique pouvait avoir la même propriété. Cinq observations rassemblées à ce sujet par Fournier, trois autres relatées par Melchior Robert, semblent montrer la possibilité d'une contagion syphilitique dans ces conditions ; mais lorsqu'on examine ces faits avec soin, on ne tarde pas à reconnaître qu'ils sont loin d'être entièrement démonstratifs. Les dé-

(1) *Journ. de méd. de Bordeaux*, janv. 1859.

(2) *Union médicale*, 1865.

(3) Alfred Fournier, *De la contagion syphilitique*. Thèse de Paris, 1860. — Voyez, de plus, Ricord, *Leçons sur le chancre*. Paris, 1860, p. 252.

(4) Voy. *Archives de médecine*, t. II, p. 597.

(5) Gibert, *Traité des maladies de la peau et de la syphilis*. Paris, 1860.

(6) Rollet, *Recherches sur la syphilis*, 1861.

(7) *Annalen des Krankenhauses in Berlin.*

tails manquent sur le caractère du chancre qui devient la source de l'infection. Il est dit dans un cas (obs. de Cullerier) que le chancre était simple ou à base molle; mais tous les chancres syphilitiques n'ont pas, comme nous le savons, une base nettement indurée, surtout chez la femme. Du reste, n'existait-il alors aucun accident secondaire? C'est ce qu'il est difficile d'affirmer. Quoi qu'il en soit, si le chancre à base molle des sujets syphilitiques peut se transmettre sous forme d'un chancre infectant, cette contagion, au rapport même de Fournier, doit être rare. Du reste, le pus d'un chancre simple, développé chez un syphilitique, fut inoculé par Basset et ne produisit qu'un chancre simple. Le chancre mou, à bords taillés à pic, d'un individu non vérolé ne transmet évidemment pas la syphilis; nous avons été conduit plus haut (1) à cette conclusion fondée, selon nous, jusqu'à preuve contraire.

La question de la contagion syphilitique par la blennorrhagie se présente naturellement ici; mais ce serait nous répéter que de la discuter de nouveau. Il a été établi précédemment (2) que la blennorrhagie est une maladie distincte de la syphilis, et qu'elle ne peut engendrer cette dernière. Du mucus blennorrhagique pur recueilli chez un syphilitique et inoculé sur la peau, comme l'a fait Basset (3), est incapable d'ailleurs de transmettre la syphilis. Donc il n'y a de contagieux chez un syphilitique, parmi les produits de sécrétion morbide, que ceux de provenance spécifique.

2° *Accidents secondaires.* — La contagion des accidents secondaires, comme celle de l'accident primitif, repose sur des faits cliniques et expérimentaux. Les faits cliniques sont nombreux et remontent à une époque éloignée, puisque G. Torella parle déjà de la transmission de la syphilis entre nourrices et nourrissons. Il serait intéressant mais beaucoup trop long de faire connaître tous ces faits, dont un certain nombre ont été rassemblés par Rollet (4) et par Alfred Fournier (5). Les faits expérimentaux, plus rares, portent avec eux un degré de

(1) P. 96 de ce livre.

(2) P. 85 de ce livre.

(3) Voy. *Lettre de Bouchardion* (*Gazette hebdomadaire*, 1864, p. 706).

(4) Rollet, *Du chancre produit par la contag. des accidents second.* (*Archives de médecine*).

(5) Fournier, *De la contagion syphilitique*. Thèse de Paris, 1860. Comparez : *Bulletin de l'Académie de méd.*, 24 et 31 mai 1859; *ibid.*, t. XXIV; Gibert, *Traité*

certitude plus absolu. Nous n'avons pas à les rapporter, puisque nous avons donné ailleurs le résumé de la plupart d'entre eux ; un simple coup d'œil jeté sur le tableau de la page 64 en dit à cet égard plus que tous les raisonnements. Ce tableau ne montre pas seulement que le plus grand nombre des accidents secondaires sont contagieux, il indique que le degré de contagiosité de ces accidents est proportionnel à la période de leur apparition et à l'abondance de leur sécrétion, ce qui revient à dire que, plus tôt ils se montrent, plus ils sécrètent, plus aussi ils sont aptes à transmettre la maladie d'où ils dérivent. Ainsi, les plaques muqueuses semblent tenir le premier rang, viennent ensuite les syphilides pustuleuses, toutes manifestations de la période d'éruption générale. La pustule d'ecthyma, qui a servi à l'inoculation dans le fait de Vidal de Cassis, fait évidemment partie de cette période, car il y avait au plus quelques mois que le chancre avait disparu. A part la roséole et la syphilide papuleuse qui ne fournissent aucun produit de sécrétion, les accidents secondaires sont donc transmissibles par le contact; aussi avons-nous pu avancer que l'un des caractères de la syphilis à cette période était sa propriété contagieuse. Ce caractère est-il suffisant pour distinguer les manifestations secondaires des manifestations tertiaires ? Nous n'oserions l'affirmer ; mais ce qu'il est possible de dire, c'est qu'il n'existe pas pour le moment un seul fait qui vienne démontrer la contagion des affections groupées dans notre dernière période.

Aucune expérience, il est vrai, n'a été tentée jusqu'ici relativement à la contagiosité des syphilides profondes tardives. Diday s'est assuré par l'expérimentation que les accidents tertiaires ne sont pas inoculables. D'autres expérimentateurs sont arrivés à des résultats également négatifs, et jamais, malgré les nombreuses piqûres que je me suis faites en pratiquant des autopsies de cadavres porteurs de

des maladies de la peau et de la syphilis, t. II, p. 483, 1860. — Follin, *De quelques doctrines modernes sur la syphilis et la syphilisation* (*Archiv. de méd.*, février 1856). — Lasègue, même journal, mai 1858. — Guyenot, *Gaz. hebd.* et *Gaz. méd. de Lyon*, 1859. — Langlebert, *Moniteur des hôpitaux*, n° 61, 1859. — De Castelnau, *Transmissibilité des accidents second.* (*Monit. des hôpitaux*, n°s 65, 67, 68, 70, 1859). — Gabalda, *De la contagion des accidents secondaires de la syphilis*. Paris, 1859. — Joulin, *Monit. des hôpitaux*, n° 10. — Saurel, *Transmission de la syphilis secondaire* (*Revue thérapeutique du Midi*, XIII, juillet et août). — Junquet, *Syphilis congénitale contagieuse* (*Montpellier médical*, août 1859; *Gaz. hebd.*, 1859, n° 46). — Friedberg, *Kann die Syphilis auch durch andere Secretionen übertragen werden, als durch Schankereiter?* (Behrend's *Syphilidologie*, t. II, part. 2).

tumeurs gommeuses, je n'ai rien éprouvé. Tous les observateurs ne paraissent cependant pas d'accord sur ce point, et nous voyons le Dr Craith (1) admettre la contagion de certaines formes de syphilis tertiaire. En tout cas, s'il est vrai que le pouvoir contagieux puisse encore exister à la dernière période, il est au moins très-affaibli.

Les anciens syphilographes admettaient assez volontiers la contagion syphilitique par les sécrétions physiologiques, et particulièrement par le lait et par le sperme. Cependant, comme ils ne donnent sur ce point aucune observation rigoureuse, l'étude que nous allons en faire est, pour ainsi dire, toute nouvelle.

Le sang. — Hunter n'admettait pas la contagion de la syphilis par le sang ; ce liquide, suivant cet observateur, n'avait aucune qualité contagieuse. Si, disait-il, le sang pouvait faire naître dans une plaie saine l'inflammation syphilitique, aucun sujet ayant la matière vénérienne en circulation, c'est-à-dire ayant la syphilis constitutionnelle, ne pourrait, dans certaines circonstances, éviter un ulcère vénérien ; toutes les fois qu'il serait saigné ou qu'il se ferait une égratignure avec une épingle, les petites plaies ainsi produites se transformeraient en autant de chancres (2). Ne sachant pas que la syphilis ne peut se doubler, Hunter s'en tint à ce raisonnement ; il ne songea pas que, pour savoir si le sang syphilitique est contagieux, il faut inoculer un individu sain et non un individu syphilisé. Or, ce que Hunter ne fit pas, Waller de Prague eut l'audace de l'exécuter. Le 27 juillet 1850, il fit, en présence d'un grand nombre de médecins et d'élèves, l'inoculation du sang d'une femme atteinte de syphilis secondaire à un jeune garçon âgé de quinze ans. Le 31 août suivant, on remarqua aux points d'insertion des tubercules qui bientôt après furent suivis d'accidents secondaires. Gibert pratiqua une semblable opération qui eut le même succès (3). En 1856, le secrétaire de la Société de médecine du Palatinat annonça à cette assemblée qu'un médecin qui désirait garder l'anonyme avait inoculé avec le sang d'un individu atteint de syphilis secondaire neuf individus sains : sur ce nombre, trois seulement, chez lesquels une large surface absorbante avait été frictionnée, furent inoculés avec

(1) *On the tertiary forms of syphilis proving contagious* (*Med. Times and Gazette*, march 19, 1859).

(2) *Œuvres complètes*, trad. fr. de Richelot. Paris, t. III, p. 564.

(3) Gibert, *Traité des maladies de la peau et de la syphilis*.

succès (1). Le 6 février 1862, en présence de tous les médecins de l'école de Florence, Pellizzari qui, en 1860, avait tenté deux inoculations sans résultat sur la personne des docteurs Belli et Testi, renouvela ses essais sur les docteurs Bargioni, Rossi et Passigli, qui se dévouèrent courageusement (2). Deux de ces inoculations restèrent sans résultat; mais, le 3 mars, le docteur Bargioni vit apparaître à son bras gauche, au niveau du point d'insertion, une papule à base dure, accompagnée d'adénopathies axillaires et suivie plus tard d'accidents secondaires.

En joignant à ces faits quatre inoculations négatives pratiquées par le docteur Thiry, et trois autres rapportées par un médecin d'Albi, le docteur Lalagade (3), on arrive à un total de vingt-trois opérations dont six seulement ont été suivies d'un résultat positif. Voici le tableau de ces faits :

Anonyme du Palatinat.	9	inoculat.	3	avec succès.	6	sans succès.
Waller..............	1	—	1	—	»	—
Gibert...............	1	—	1	—	»	—
Pellizzari...........	5	—	1	—	4	—
Thiry...............	4	—	»	—	4	—
Lalagade...........	3	—	»	—	3	—
	23		6		17	

Il est clair que les faits négatifs ne peuvent ici annihiler les faits positifs; un seul de ces derniers suffit pour faire admettre la contagiosité du sang des syphilitiques. Je ne doute pas, pour mon compte, de cette contagiosité après le fait de Pellizzari et les détails qui m'ont été fournis par le courageux champion qui en est l'objet, mon excellent confrère et ami le docteur Bargioni, dont voici le rapport :

La femme dont le sang servit à l'expérimentation était âgée de 25 ans, fille et enceinte au sixième mois..... Elle présentait des papules muqueuses très-confluentes et très-humides aux parties génitales; l'une d'elles, qui siégeait sur la grande lèvre gauche, vers la commissure inférieure où la malade nous annonçait avoir eu la première manifestation de la maladie, était plus grande et plus relevée que les autres, elle avait une base avec induration spécifique évidente. C'était ou le chancre infectant transformé en plaque muqueuse, ou une plaque muqueuse qui s'était développée sur la

(1) Voir Lasègue, *Archives générales de méd.*, t. I, p. 603, 1858.
(2) Voir *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 1863, p. 349.
(3) *Revue thérap. méd.-chirurg.*, 25 juin 1859.

cicatrice du chancre primitif. On rencontrait encore des papules muqueuses autour de l'anus, et des glandes volumineuses, dures et indolentes, aux aines, sur le tronc. Il existait en outre un érythème confluent, des adénopathies à la région postérieure du cou, et des pustules fermes sur le cuir chevelu. Aucun traitement n'avait été employé; une saignée de la veine céphalique fut pratiquée au milieu du pli du bras droit; aucune manifestation éruptive n'existait dans cette région, qu'on avait lavée préalablement. Le chirurgien avait lavé avec soin ses mains, et le ruban, la lancette et le pot qu'on avait apprêté pour le sang étaient tout neufs. Aussitôt le sang extrait, on y a imbibé un plumasseau de charpie, et on l'a appliqué à M. Bargioni, à la région supérieure et externe du bras gauche, vers l'insertion du deltoïde, où on avait enlevé l'épiderme et fait trois incisions transversales.

On opéra de même sur M. Rossi, mais avec cette différence, qu'on avait enlevé l'épiderme à la région supérieure et externe de l'avant-bras gauche, et de plus le sang s'était déjà refroidi. M. Passigli fut inoculé sur la même région et de la même manière que M. Bargioni; mais le sang était presque tout à fait coagulé, et à cause de cela, outre la partie liquide, on a appliqué sur la surface excoriée une partie du caillot. L'étendue de la surface destinée à l'inoculation était de 2 centimètres de hauteur et de 1 centimètre de largeur.

Le bandage qui servait à M. Bargioni fut enlevé après vingt-quatre heures, et rien de particulier ne s'est montré, excepté une légère croûte noirâtre due au sang évasé et séché. Le même jour la charpie fut également extraite du bras des deux autres docteurs, et rien de remarquable ne se présenta. Quatre jours plus tard, toute trace d'inoculation avait disparu.

Dans la matinée du 3 mars, pendant ma visite à l'hôpital, M. Bargioni annonça à M. Pellizzari que dans le centre de la surface, où on avait inoculé le sang, il avait remarqué un petit relief qui lui donnait un peu de démangeaison. M. Pellizzari examina le bras et vit au point indiqué une petite papule de forme ronde et d'une couleur rouge assez foncée; l'on ne remarquait aucune induration à la base de la papule, aucun engorgement des glandes axillaires. M. Bargioni fut prié de vouloir bien appliquer sur la papule de la charpie avec du cérat pour la mettre à l'abri d'un frottement quelconque. Cette papule, examinée avec soin chaque jour, augmenta de manière à atteindre, en huit jours seulement, la dimension d'une pièce de vingt centimes.

Le 11, elle était couverte d'une écaille fine argentine et très-adhérente; les jours suivants cette écaille devint plus épaisse, moins adhérente, et dans sa partie centrale elle commença à se fendre.

Le 14, on remarquait dans l'aisselle deux glandes du volume d'une noisette, mobiles et indolentes comme la papule, dont la sensibilité avait cependant un peu augmenté.

Le 19, en pressant sur l'écaille qui couvrait la papule, on voyait sortir

de sa périphérie une petite quantité de sérosité purulente, et la pression produisait un peu de douleur; les glandes de l'aisselle étaient devenues plus grosses et plus dures, mais se conservaient indolentes. Aucune induration ne se remarquait à la base de la papule.

Le 21, l'écaille s'était transformée en vraie croûte, qui, dans quelques points de la périphérie, commençait à se détacher, et laissait manifestement voir au-dessous une surface ulcérée, légèrement indurée à sa base.

Le 22, après avoir ôté la croûte, on découvre un chancre d'aspect *infundibuliforme;* les bords avaient une certaine résistance élastique, de telle sorte qu'ils représentaient très-bien l'induration annulaire, ils étaient enflés, adhérents et obliques relativement au fond du chancre qui était très-peu humide et couvert d'une couche presque diphthéritique : presque pas de douleur, pansement avec de la charpie sèche.

Le 26, le chancre a l'étendue d'une pièce de cinquante centimes; il sécrète davantage; son aspect est celui d'un très-petit *entonnoir* renversé. L'induration a beaucoup augmenté, on continue le simple traitement local avec la charpie sèche. Avant de commencer le traitement à l'intérieur, le docteur Bargioni veut attendre les manifestations générales. Rien de remarquable jusqu'au 4 avril; le chancre reste stationnaire, le fond en est granuleux; les glandes sont toujours grosses, dures et indolentes.

Le 4 avril, légère céphalalgie nocturne, qui se continue pendant deux ou trois jours; on commence à s'apercevoir d'un engorgement glandulaire à la région postérieure du cou.

Le 12, on voit sur la surface du corps, et surtout des deux côtés du thorax et vers les hypochondres, des taches de forme irrégulière et d'une couleur rosée, qui ne s'accompagnent d'aucune maladie. Les engorgements glandulaires du cou sont devenus plus marqués. L'érythème, plus étendu et plus confluent les jours suivants, ne laisse aucun doute sur la nature syphilitique. Absence de fièvre, pas de phénomènes de catarrhe; absence de chaleur et de démangeaison à la peau, rien enfin n'accompagne cet érythème maculeux qui va en augmentant pendant huit jours.

Le 20, les glandes cervicales et les sus-épitrochléaires ont augmenté de volume et de résistance, le chancre est toujours dans la période d'état et il ne tend point encore à se cicatriser.

Le 22, la couleur de l'érythème est absolument cuivrée et parsemée de papules lenticulaires. Le chancre primitif commence à se réparer, un traitement mercuriel est employé.

Il est à remarquer que, dans ces différents faits, l'accident qui a servi à l'inoculation faisait partie de la période secondaire ; des expériences tentées par Diday avec du sang pris sur des individus affectés d'accidents tertiaires ont donné un résultat constamment négatif (1).

(1) *Gaz. méd. de Paris*, 1849.

Aussi cet auteur pense-t-il qu'à la période de ces accidents le sang a cessé d'être inoculable, et je partage volontiers cette croyance que la contagiosité du liquide sanguin ne dure pas plus longtemps que celle des accidents syphilitiques secondaires.

Quelques expériences de Melchior Robert sembleraient indiquer que le sang ne possède encore aucune qualité contagieuse au début de la période d'éruption locale (accident primitif), s'il n'y avait tout lieu de croire que ce syphilographe a confondu la vraie et la fausse syphilis. Il a remarqué, en effet, que le sang puisé sur une plaie produite par l'excision de chancres, soit simples, soit indurés, n'est pas inoculable d'un malade à l'autre pendant les trois premiers jours qui suivent l'excision, mais seulement dès que la suppuration s'est établie à la surface des plaies, c'est-à-dire vers le quatrième jour.

En résumé, le sang peut être contagieux pendant la durée de l'accident primitif, il ne l'est plus dans la période des accidents tertiaires. Il l'est à coup sûr pendant la période secondaire, et, à notre avis, c'est avec raison que le docteur Viennois a soutenu que ce liquide pouvait être l'agent de transport du virus syphilitique dans la vaccination. La vaccination toutefois n'est pas le seul mode de contagion syphilitique par le sang. S'il est vrai qu'une mère infectée pendant le cours de la grossesse est susceptible de communiquer la maladie à son enfant ou que celui-ci puisse infecter sa mère lorsqu'il repose encore dans son sein, il faut bien admettre que le sang est le seul moyen de communication entre les deux individus, à moins de supposer, ce qui est peu probable, que des lésions telles que des accidents secondaires aient pu se développer dans la profondeur de l'utérus.

Transmission de la syphilis au fœtus par la mère infectée après le moment de la conception. — Onze cas rassemblés par Diday (1), dans le but de montrer que la syphilis est transmissible de la mère au fœtus, lorsqu'elle est contractée après la quatrième semaine et avant le septième mois de la grossesse, ne nous ont pas paru nets et bien positifs. Il n'est pas prouvé, en effet, que l'enfant infecté au moment de sa naissance ou peu de temps après ne l'était pas par le fait du père, lequel n'aurait infecté la mère qu'après la conception, et le doute à cet égard est tout au moins légitimé par des observations dues

(1) Diday, *Traité de la syphilis des nouveau-nés et des enfants à la mamelle*, Paris, 1854, p. 45.

à Starek, à Depaul, à Bertin et à plusieurs autres auteurs. En outre, l'infection de l'enfant n'est pas toujours certaine : tel est un cas de Bertin, où l'enfant offrit pour tout accident des pustules ulcérées aux fesses ; tel est encore celui de Baumès, dans lequel l'enfant qui guérit présentait des pustules d'ecthyma syphilitique (accident difficile à spécifier) aux fesses, à la poitrine et aux joues. Le cas observé par Diday lui-même n'est pas plus concluant ; il s'agit d'une femme qui prit par contagion des tubercules muqueux au gosier et qui présenta ensuite les signes les mieux accusés d'une syphilis constitutionnelle ; l'infection eut lieu au commencement du septième mois de la grossesse. Mais les tubercules muqueux ne sont pas l'accident primitif. A quelle époque remontait donc celui-ci ? N'était-il pas antérieur à la grossesse? ou bien lui était-il postérieur? Rien ne l'établit. Comme Diday, Trousseau croit en pareille circonstance à la transmission de la syphilis, il cite un fait à l'appui de son opinion (1). Putegnat est aussi de cet avis. Malgré ces autorités imposantes, nous croyons que les faits ne prouvent pas encore suffisamment la contagiosité de la syphilis dans ces conditions. Du reste, Natalis Guillot et Boys de Loury ont vu des femmes portant, à l'époque de l'accouchement, des accidents primitifs gagnés dans les derniers temps de la grossesse donner le jour à des enfants chez lesquels aucune trace de syphilis ne s'est manifestée. Mandon de Limoges écrit que « la syphilis gagnée par la mère pendant sa grossesse ne saurait être transmise au fœtus (2). » Cet auteur, il est vrai, se contente de nier sans avancer de preuves; mais il n'en est pas de même de Baerensprung, qui déclare, de son côté, qu'une mère contaminée pendant la grossesse n'infecte pas son enfant. Ce professeur fait reposer son assertion sur quatorze faits où la syphilis contractée à toutes les périodes de la gestation, même au cinquième et au sixième mois, n'a pas été transmise, puisque les produits se trouvaient très-bien portants huit et dix semaines après la naissance. Tel est l'état de la question relative à la contamination du fœtus par une mère infectée pendant le cours de sa grossesse. Cette question, à notre avis, ne peut être encore définitivement résolue ; il faut éviter de trop se hâter de conclure. Un cas qui s'est présenté à notre examen donne

(1) *Clinique médicale*, t. II, p. 669. Paris, 1862.

(2) *La mère peut-elle transmettre au fœtus la diathèse acquise pendant la grossesse?* (*Journal de médecine de Bruxelles*, janvier et février 1856, p. 116, et *Gaz. hebd.*, 1856).

la mesure de cette difficulté. Une jeune femme de 18 ans est infectée deux mois après le début de sa grossesse, elle accouche au huitième mois d'un enfant mort-né, mais qui ne présente aucune trace d'altération. Doit-on regarder cet enfant comme syphilitique ? Évidemment les preuves manquent, et ce fait ne peut conduire à aucun résultat véritablement scientifique.

Transmission syphilitique du fœtus à la mère. — De grandes autorités médicales s'accordent à admettre cette forme de contagion. « Le mari, dit Ricord, peut procréer un enfant infecté qui propage le virus secondaire à la mère (1). Depaul (2) écrit : « La mère étant incontestablement saine et la syphilis n'ayant pu être transmise que par le père et seulement au moment de la fécondation, l'embryon, seul malade pendant quelque temps, pourra à son tour, durant son séjour dans l'utérus, infecter sa mère. » Pour Bazin (3), le fœtus à qui la syphilis a été transmise par son père, peut contagionner sa mère pendant la vie intra-utérine, et les accidents qui se développent chez elle sont alors très-communicables. S. Cooper, Maisonneuve et Montanier, Hutchinson (4), Balfour (5), sont de ce même avis, que partagent encore Lafont-Gouzy (6), Putegnat de Lunéville (7), et qu'appuient les observations de Semanas (8) et de Diday. Les faits de ce genre peuvent être rangés sous deux chefs. Dans les uns, ceux de Semanas, de Bazin (9), de Beyran (10), et quelques-uns de Diday, il s'agit de manifestations secondaires survenues plusieurs semaines ou plusieurs mois après l'accouchement; dans les autres, la syphilis s'est montrée pendant le cours même de la grossesse. L'objection à laquelle prêtent les premiers faits, c'est que la contamination a pu s'opérer au moment même de l'accouchement ; celle que soulèvent les seconds, est que la gestation a été la cause

(1) Citation de Diday, *Syphilis des nouveau-nés*, p. 243.

(2) Depaul, Mémoire lu à l'Académie de médecine, le 19 avril 1851 (*Bulletins de l'Académie*).

(3) *Leçons sur les syphilides*, 1859, p. 45.

(4) *Medical Times and Gazette*, 1856, et *Gaz. méd.*, 1857, p. 646.

(5) *Edinburgh med journ.*, 1856, et *Gaz. méd.*, 1857, p. 754.

(6) Lafont-Gouzy, *Journ. de méd. de Toulouse*, avril et mai 1854.

(7) Putegnat, *Hist. et thérap. de la syph. des nouveau-nés*, 1854, p. 114.

(8) Semanas, *Gaz. méd. de Paris*, 1849, p. 777.

(9) Diday, *loc. cit.* et *Exposit. des nouv. doctr. sur la syphilis*, p. 466.

(10) Beyran, *Transmission de la syphilis du père au fœtus et du fœtus à la mère.* (*Union médic.*, 1862, t. II, p. 457).

occasionnelle et non la cause efficiente de la syphilis, l'accident primitif ayant passé inaperçu, comme cela est arrivé, du reste, dans l'observation IV du mémoire de Rollet (1). Même objection encore pour les trois observations du docteur Balfour, où on vit reparaître les mêmes accidents syphilitiques dans plusieurs grossesses successives. Plus tard, quand nous ferons connaître l'influence de la grossesse sur les éruptions syphilitiques secondaires, on jugera mieux encore de la réserve qu'il convient d'apporter dans un tel sujet. Jusqu'à présent donc on ne peut admettre comme certaine l'infection de la mère par le fœtus.

Le lait. — Vernois et Becquerel, dans des recherches intéressantes sur la composition du lait de la femme pendant l'état de santé et l'état de maladie, ont reconnu que dans le lait de la femme syphilitique le beurre diminue beaucoup, tandis que les sels augmentent hors de proportion et que la densité s'élève extraordinairement. Bien que ce liquide vu au microscope n'offre rien de particulier, on se demande s'il n'est pas contagieux. Stahl et la plupart des syphilographes des derniers siècles, soupçonnaient l'infection syphilitique par le lait. Catanée (2), Paracelse, Ambroise Paré (3) et bien d'autres y croyaient fermement. Astruc, Fabre, Doublet, Bell, Mahon, Bertin, Cooke, étaient de la même opinion. Cette opinion fut professée plus récemment par Lane, Parker, Putegnat de Lunéville (4), Melchior Robert et Ricordi de Milan. Cependant Hunter, Swediaur et Nisbett nient ce mode de communication que Barbantini, Dugès (5), Venot, N. Guillot, Ricord et Nonat ne veulent point mettre au rang des causes infectantes.

Deux opinions contraires sont donc en présence ; les assertions ne manquent pas, mais il y a peu de faits à l'appui. Suivant nous, on ne peut croire aujourd'hui à l'infection par le lait comme l'entendaient les anciens, puisque tout porte à voir dans les observations in-

(1) Rollet, *Recherches sur la syphilis*, 1861, p. 180.

(2) Lac enim quum ex sanguine generetur, malam sapit qualitatem in sanguine præexistentem.

(3) Les enfants allaictant nourrices vérolées en sont infectées, attendu que le lait n'est que sang blanchi, lequel estant infecté de virus et l'enfant en estant nourri en prend les mêmes qualités, etc. (*Œuvres complètes*, Lyon, 1652.)

(4) Putegnat, *Hist. et thérap. de la syph. des nouveau-nés*. Paris, 1854, p. 102.

(5) *De l'innocuité du lait des nourrices atteintes de syphilis pour les enfants qu'elles nourrissent*. Thèse de Paris, 1852, nº 37.

voquées à l'appui de cette doctrine, une contamination par des accidents secondaires développés sur le sein des nourrices et restés inaperçus. Doit-on accepter avec plus d'assurance les observations des modernes? Melchior Robert donne comme parfaitement concluants deux faits que voici en abrégé; mais ils sont loin de satisfaire un observateur rigoureux :

Une nourrice mère, n'ayant aucune maladie vénérienne, allaitait un enfant bien portant, lorsqu'elle eut des rapports avec son mari infecté depuis peu. Un mois et demi plus tard, taches confluentes sur le corps de l'enfant, mêmes taches sur le corps de la mère et, de plus, céphalalgie. Les mamelons et la bouche étaient sains; l'enfant n'avait ni plaie, ni cicatrice, ni ganglions engorgés.

M. D. confia son enfant à une nourrice jeune et fraîche, qui perdait ses cheveux et qui était couverte de boutons aux bras et aux mains. Cependant le mamelon, qui fut examiné avec soin par M. D..., n'offrait aucune lésion. Deux mois plus tard, cette nourrice est renvoyée, et, quinze ou vingt jours après, l'enfant portait à l'anus six boutons humides, qui n'étaient autre chose que des plaques muqueuses; il y avait en outre des taches sur le corps, mais aucune ulcération ou cicatrice à la bouche, et pas d'engorgement ganglionnaire aux aines ou au cou.

Pour faire admettre ces faits en toute assurance, il eût fallu que les petits malades fussent suivis plus exactement. Qui ne voit qu'il a été impossible de surveiller avec un soin suffisant ces deux enfants, observés du reste à une époque beaucoup trop avancée de l'infection?

A l'appui de l'opinion opposée, Cullerier lut, en 1850, à l'Académie de médecine (1), cinq observations de nourrices infectées dont les nourrissons restèrent sains; mais ces faits laissent aussi à désirer, en ce sens qu'il n'est pas prouvé que les enfants, malgré leur bonne apparence, ne fussent pas syphilitiques.

Dugès rapporte qu'une femme affectée de syphilide tuberculeuse allaita pendant près de cinq mois, en même temps qu'elle était soumise à un traitement par le protoiodure de mercure, un enfant qui n'offrit aucune trace d'accident syphilitique, mais qui était seulement très-débile. Ce fait n'est pas parfaitement démonstratif, et il a de plus le tort d'être unique. Il ne mérite pas toutefois le reproche que lui a adressé Diday, à savoir que l'enfant suçait en même temps le poison

(1) Cullerier, *Bulletins de l'Académie de médecine*, 1850, et *Gaz. méd. de Paris*, même année, p. 892.

et le remède, car le mercure, nous le verrons plus loin, ne prévient en aucune façon les accidents syphilitiques.

Tels sont les faits; la conséquence à en tirer, c'est que jusqu'ici l'innocuité absolue du lait d'une mère infectée à un enfant sain n'est pas parfaitement prouvée. Ainsi, il n'est pas prudent de laisser un enfant téter une nourrice syphilitique, si l'on tient à mettre la santé de cet enfant hors de tout danger.

Le sperme. — Les anciens syphilographes attribuaient une qualité virulente à la liqueur séminale des syphilitiques; mais depuis Hunter, le liquide spermatique, comme tous les produits de sécrétion physiologique, ne passe plus pour être contagieux. Cependant, dans un mémoire publié en 1857, Porter (1) prétend que la semence d'un homme infecté peut, sans intervention de grossesse, développer chez une femme saine une infection en dehors de toute espèce d'accident primitif. Parmi les quatre faits qui servent à appuyer cette proposition, il en est deux qui ne sont rien moins que concluants; mais les deux autres méritent d'être rapportés en raison de la difficulté du sujet et de son importance. Les voici :

Un homme se marie, supposant qu'il est parfaitement guéri de la vérole; huit mois après, sa femme est atteinte de symptômes constitutionnels, sans trace d'accident primitif et sans être enceinte. Le mari n'avait présenté aucun nouvel accident.

Un homme eut la vérole trois mois avant son mariage; accidents primitifs et secondaires. Il fut traité par le mercure et l'iodure de potassium. Au moment de ses noces il n'avait plus rien; trois mois après sa femme eut une angine avec ulcération vénérienne, engorgement des amygdales et des ganglions, mais rien aux organes génitaux; plus tard elle présenta des exostoses.

Le professeur Collet, ajoute Porter dans son mémoire, possède des faits en tout semblables. Langston Parker (2) rapporte également trois cas d'infection syphilitique qu'il croit devoir attribuer au sperme. En effet les maris infectés étaient exempts de tout accident. Il n'y eut ni grossesse ni trace de lésion primitive chez les femmes. Je n'insisterai pas sur les objections que l'on peut adresser à ces observations. Celles

(1) Porter, *Essai sur l'hist. de la syphilis* (*The Dublin quarterly Journal*, mai 1857; *Gaz. méd.*, 1858, p. 663). — Comparez Vidal, *Traité des malad. vénér.*, 1855, p. 75.

(2) Langston Parker, *On latent syphilis and its effects on healthy females and on the fœtus in utero* (*Medical Times and Gazette*, July 4, 1863, p. 6).

qui se présentent immédiatement à l'esprit sont les suivantes : Est-il certain que le mari prétendu infectant n'a pas eu après son mariage quelque manifestation restée inaperçue? Est-ce bien le sperme qui a été l'agent de transmission? Faut-il croire enfin qu'un tiers n'est pas intervenu ? Tous ces points ne sont pas suffisamment éclaircis, et ils mériteraient de l'être pour porter la conviction dans les esprits. Un de nos syphilographes les plus distingués, Diday, donne l'explication suivante de la contagion qui surviendrait en pareil cas. « Le sperme, dit-il, peut infecter directement, et le spermatozoïde, qui est l'agent de transport de la matière virulente, pénétrant jusqu'à l'ovaire, a assez de force pour infecter l'ovule et l'organisme de la femme qui le porte (1). » Je ne sais s'il y a eu des observations citées à l'appui de cette communication faite au congrès de Lyon ; mais, à mon sens, la question de la contagion par le sperme a besoin d'être élucidée par de nouveaux faits avant qu'il soit possible d'admettre cette contagion ou de la rejeter définitivement.

Salive, sueur, larmes. — De même que le lait, la salive n'était nullement innocentée par les syphilographes anciens, et du reste ceux d'aujourd'hui croient encore que ce produit de sécrétion peut servir à la transmission de la syphilis. Il est bien évident qu'une salive provenant d'une bouche garnie de plaques muqueuses doit être infectieuse ; mais à part cette condition, la salive transmet-elle la syphilis ? Il n'y a pas lieu de le croire, après la communication faite par Diday au congrès de Lyon, cet expérimentateur ayant pu inoculer impunément, à des sujets sains, de la salive qu'il avait recueillie sur des syphilitiques.

Les larmes, et sans doute aussi la sueur, ne se comportent pas différemment, car leur inoculation n'a pas mieux réussi. Avouons ici que ces insuccès engagent peu à admettre la propriété contagieuse du lait, qui est, comme les liquides dont nous venons de parler, un produit de sécrétion physiologique.

MODES DE LA CONTAGION.

Dans la phrase suivante, Paracelse a nettement indiqué les divers modes de la contagion syphilitique : « Infectio triplici via, videlicet coitu, partu, tactu (2). »

(1) Voir *Gazette hebdomadaire*, 1864, p. 706, et *Gazette médicale de Lyon*, 1er février 1865, p. 50.

(2) *De var.*, lib. V, c. I.

Rapprochement sexuel. — Dès l'époque de la grande épidémie du quinzième siècle, il fut reconnu que le rapprochement sexuel entre personnes saines et malades était l'un des modes les plus fréquents de la contagion syphilitique. En 1497, A. Benedictus (1) le constatait. En 1498, Aquilanus (2) se montrait non moins précis à cet égard. En 1505, J. de Catanée remarquait que le coït était la principale cause de la maladie, et de là, la dénomination de *lues venerea* qui lui fut donnée plus tard. L'expérience de chaque jour n'a que trop confirmé depuis lors la vérité des observations des premiers syphilographes, et le fait est assez vulgaire pour que nous n'ayons pas à y insister. Je ne m'arrêterai pas sur la contamination qui peut arriver, pour me servir d'une expression d'Astruc, par suite du commerce abominable et contre nature des personnes de même sexe.

Toutefois, la contagion est possible dans les rapports sexuels, sans qu'aucun des deux participants soit malade. Ce fait, qui n'avait pas échappé aux premiers syphilographes, a été depuis étudié avec soin.

« Il peut y avoir une quatrième cause de contagion, écrit Catanée (3), c'est le coït avec une femme saine, laquelle, après avoir subi récemment les approches d'un homme infecté, aurait gardé dans le vagin de son liquide séminal. » Widemann (4), Thierry de Héry, Fernel (5), Ambr. Paré, etc., admettaient la possibilité de ce mode de transmission que l'on trouve mentionné en termes formels par G. Vella (6) : « J'ai connu des femmes saines qui ont eu commerce avec des hommes infectés, lesquelles, quoique n'ayant pas éprouvé ce genre de maladie, l'ont cependant transmis à d'autres hommes en rapport avec

(1) Novam in mundo pestem, tempestate nostra, concubitu et contactu haberi animadvertimus.

(2) Nam fere omnes qui hanc ægritudinem passi sunt, aut illam per coitum vel lac sugendo contraxerunt, aut aliquo alio contagioso modo (*Aphrodisiacus* de Gruner, p. 63).

(3) Quarta causa poterit esse coitus cum sana cum qua de proximis coiverit infectus semine adhuc in matrice existente.

(4) Il faut éviter tout rapport avec une femme saine qui a eu commerce peu de temps auparavant avec un homme malade. Dans cette dernière condition, l'expérience a démontré qu'il y avait danger de contagion pour le sujet qui succède à l'amant infecté.

(5) Fernel, *De luis veneree curatione*, c. IV.

(6) Novi mulieres sanas quæ coiverunt cum infectis, in quas tale genus ægritudinis non transivit, et tamen transivit in viros alios cocuntes cum illis.

elles. » « Quelques femmes, dit Nicolas de Blégny (1), qui ont été trouvées saines, n'ont laissé de gâter les hommes qui ont eu leur compagnie, etc. »

Astruc, Fabre et Swediaur admettent aussi la contagion médiate. « On croit, dit Astruc (2), qu'un homme sain peut prendre la vérole avec une femme saine, si cette femme, après avoir eu commerce un peu auparavant avec un homme gâté, souffre les approches de l'autre sans s'être lavée. » « Une personne, rapporte Swediaur (3), homme ou femme, qui a du virus syphilitique logé dans les parties génitales, peut infecter une autre et lui donner une blennorrhagie et un ulcère syphilitique, sans qu'elle-même ait la moindre apparence de maladie, soit dans ses parties extérieures, soit dans le système du corps. » Suit la théorie.

De nos jours, Gullerier est venu appuyer sur des faits bien observés et tout à fait démonstratifs de ces vues des anciens auteurs. Ricord rapporte (4) une observation dans laquelle l'homme et non plus la femme se trouve être l'agent de transmission. Un jeune homme eut des rapports avec une femme affectée de chancre; il eut le même jour des relations avec sa maîtresse habituelle, qui fut infectée de la même maladie, sans que lui-même en fût atteint. Il est à remarquer que ce jeune homme ne s'était pas lavé après le coït, et que chez lui le prépuce était fort long. Ainsi, à plus forte raison, on ne peut contester que des filles, après des rapports avec des hommes malsains, n'aient pu, servant de véhicule, transmettre un mal qu'elles n'ont pas contracté.

Baisers, attouchements divers. — Torella fait mention de la transmission de la syphilis par les baisers. Il en attribue l'origine à des lésions des mamelles ou du visage ou de la bouche, soit d'une nourrice, soit de quelque autre personne. Car les nourrices ont coutume d'embrasser souvent les petits enfants (5). Fernel parle également de ce mode de contagion à propos duquel Benedictus Victorius écrivait en 1581 : « Je sais d'expérience qu'un jeune homme jouissant d'une santé irréprochable avait coutume d'embrasser une femme malade depuis long-

(1) Nicolas de Blégny, *L'art de guérir les maladies vénériennes*, ch. VI.

(2) *Loc. cit.*, t. II, p. 16.

(3) *Loc. cit.*, t. II, p. 98. Paris, 1801.

(4) *Traité des maladies vénériennes*, p. 98.

(5) Et hoc accidit propter mammas infectas, aut faciem, aut os nutricis seu alicujus alterius. Solent enim nutrices sæpius infantes osculari.

temps de la vérole ; il contracta cette maladie sans cependant avoir jamais eu d'autres rapports avec elle (1). »

Almenar, Brassavole, Fallope, Léonard Botal, Bernard Tomitanus, A. Paré, Trajan Pétrone, Nic. de Blégny, Astruc, Fabre et beaucoup d'autres syphilographes, n'ont pas oublié de mentionner ce genre de contamination. A ce sujet Charles Musitan raconte l'histoire des religieuses de Sorrente qui prirent la vérole en embrassant une petite fille qui était nourrie par une femme syphilitique (2). Un grand nombre d'exemples de cette nature ont été rassemblés par Rollet (3). Ce que j'ai dit suffit, ce me semble, pour mettre hors de doute le mode de transmission dont il s'agit. L'action de coucher avec une personne infectée a été aussi regardée comme une cause de contagion par plusieurs syphilographes, entre autres par Paracelse et Fernel. Guillaume Rondelet écrivait à cette occasion : « D'autres contractent la maladie en couchant avec des malades, elle se montre alors sur toute la peau, principalement aux points où le contact a eu lieu (4). A. Férier et N. de Blégny (5) reconnaissent ce mode de contagion. « Coucher avec un vérolé, dit ce dernier, et le toucher à nu pendant qu'il sue ou quand il a des ulcères et des pustules sur la peau, c'est une chose qu'on peut croire très-dangereuse, principalement pour ceux qui ont les pores lâches. » Swediaur raconte le fait suivant : Deux jeunes filles nées de parents sains, l'une âgée de douze ans, l'autre de dix, avaient toutes les deux des ulcères et des dartres dans les différentes parties du corps sans aucun mal aux parties génitales. Ces deux jeunes filles, qui n'avaient jamais eu d'affection vénérienne, couchaient quelquefois avec une servante qui fut reconnue atteinte d'une éruption non équivoque et d'une *corona veneris*. Sydenham fait cette remarque qu'il a observé plus d'une fois que des enfants, en couchant dans le lit avec leurs parents infectés, l'ont été eux-mêmes. Pour mon compte j'ai vu en 1858, dans le service de

(1) Ego enim experientia edoctus fui juvenem inculpabili sanitate munitum, longo quodam temporis intervallo mulierem gallico morbo depravatam, ore exosculare assuetum, nullo per jovem exercitato coitu, in morbum gallicum incidisse (*De morbo gallico*, lib. I, cap. II).

(2) *Tract. de Lue venerea*, lib. II, cap. IV.

(3) Rollet, *Recherches sur la syphilis*, p. 272.

(4) Alii cum ægrotis dormiendo hanc luem contrahunt et tunc in cute tota apparet et præsertim in ea parte qua ægrotum tetigerunt (*Aphrodisiacus*, p. 935).

(5) Nicolas de Blégny, *loc. cit.*, p. 16.

M. Rayer dont j'étais l'interne, une jeune femme atteinte d'une syphilide papuleuse méconnue en ville et qui guérit en peu de jours par les pilules de Sédillot. Cette personne affirmait qu'elle n'avait jamais eu de rapports sexuels, et en cela elle disait vrai. Interrogée sur l'origine de sa maladie, elle racontait qu'elle avait couché pendant plusieurs semaines avec une de ses amies, laquelle était affectée d'une éruption syphilitique.

Une jeune dame me montra un jour l'un de ses fils âgé de six ans dont la peau était couverte d'une syphilide papuleuse confluente, la bouche affectée de plaques muqueuses. L'enfant avait contracté la maladie étant en nourrice. Malgré mes avertissements réitérés, cette mère continuait à embrasser son fils, et parfois elle le mettait coucher à côté d'elle. Trois ou quatre mois plus tard elle venait me trouver et me faisait voir une éruption papuleuse des plus caractéristiques qui se modifia bientôt sous l'influence des pilules mercurielles. Elle ne s'était aperçue d'aucun bouton sur la bouche ou à la face. (Voir obs. II, p. 88.)

Le simple contact par conséquent suffit pour la contamination, et celle-ci peut avoir lieu n'importe comment s'opère celui-là. Ainsi Vercelloni raconte avoir connu un jeune homme qui, craignant d'avoir des rapports sexuels avec une courtisane vérolée, avait cru pouvoir se permettre des attouchements, et dont la main devint malade. A côté des faits de cette nature il en est d'autres beaucoup plus regrettables, et qu'il importe de connaître parce qu'ils renseignent sur le danger de certaines professions, de la nôtre en particulier. Ant. Lecoq dit avoir connu une sage-femme qui gagna la maladie en accouchant une femme syphilitique (1). Fernel (2) et Prosper Borgarutius citent chacun un fait semblable. Le traducteur français de Ch. de Musitan rapporte, au dire d'Astruc, deux histoires du même genre. Ces faits depuis lors se sont multipliés, et aujourd'hui ils sont nombreux. Il est évident que le médecin est en pareil cas tout aussi exposé que la sage-femme, il l'est de plus dans toutes les opérations qu'il peut pratiquer chez des individus syphilitiques. On connaît trop l'histoire de Hourmann pour que nous ayons besoin de

(1) Equidem obstetricem novi quæ dum mulieris inquinatæ partum exciperet, hoc morbo correpta fuit nulla tamen fœtus noxa communicata. (*Lib. de ligno sancto non permiscendo*, cap. I.)

(2) *Aphrodis.*, p. 610.

la rappeler. Il y a peu de temps, l'une de nos illustrations chirurgicales contractait dans l'exercice de sa profession un chancre à l'un des doigts.

Allaitement. — Le premier, G. Torella de Valence enseigna la transmission de la syphilis par l'allaitement. En 1498, Seb. Aquilanus, de Mantoue, écrivait que la plupart des cas de syphilis son tdus au coït ou à la succion du lait. J. Catanée raconte : « Nous avons vu de même plusieurs enfants affectés de cette maladie infecter leurs nourrices (1). » G. Vella confirme les observations cliniques de ses prédécesseurs relativement à ce mode de transmission, mais il incrimine plutôt la qualité du lait que l'action d'allaiter. Dans une ode sacrée adressée par C. Reitterius à la sainte Vierge pour la prier de préserver le genre humain de la syphilis, il est dit : « L'enfant à l'aurore de la vie qui s'alimente au sein de la nourrice n'est plus en sûreté.

Non puer tutus teneris in annis
Quem suæ lactat genitricis uber.

Benedictus, J. Almenar, Fracastor, N. Massa, font mention de la contagion de la syphilis par l'allaitement. Paracelse, A. Ferri, Ant. Lecoq, parlent également de ce genre de communication dont, en 1650, A. M. Brassavole rapporte un fort bel exemple (2), en même temps qu'il indique le moyen de savoir lequel, du nourrisson ou de la nourrice, a infecté l'autre. J. B. Montanus et A. Ferrier confirment les données précédentes. J. Rodrigue, mieux connu sous le nom d'Amatus Lusitanus, décrit une petite épidémie qui a pour origine un nouveau-né syphilitique. Celui-ci transmet la maladie à sa nourrice, et celle-ci la communique à son mari et à ses voisines.

G. Fallope, Fernel et G. Rondelet admettent aussi la contagion par allaitement. D'accord en cela avec Brassavole, ce dernier fait remarquer que la syphilis, chez les nourrices infectées, commence par des ulcères au sein. Souvent aussi, dit A. Paré, l'enfant ayant la vérole la donne à sa mère nourrice, et à ce propos il raconte dans son style original et naïf le fait suivant :

(1) Hoc etiam modo vidimus plures infantulos lactantes tali morbo infectos plures nutrices infecisse.

(2) Voyez ce fait dans l'*Aphrodisiacus*, p. 668.

Une honnête et riche femme pria son mari qu'il lui permît d'être nourrice d'un sien enfant ; ce qu'il lui accorda pourvu qu'elle prît une autre nourrice pour la soulager à nourrir son enfant. Cette nourrice avait la vérole, et la bailla à l'enfant, et l'enfant à la mère, et la mère au mari, et le mari à deux petits enfants qu'il faisait ordinairement boire et manger et souvent coucher avec lui. Or, la mère, considérant que le petit enfant ne profitait aucunement, et qu'il était en cris perpétuels, m'envoya quérir pour connaître sa maladie, qui ne fut pas difficile à juger, d'autant qu'il était tout couvert de boutons ou pustules, et que les tétins de la nourrice étaient tout ulcérés; pareillement ceux de la mère, ayant sur son corps plusieurs boutons; semblablement le père et les deux petits enfants, dont l'un était âgé de trois et l'autre de quatre ans. Lors déclarai au père et à la mère qu'ils étaient tous entachés de la vérole, ce qui était provenu par la nourrice, lesquels j'ai traités et furent tous guéris; reste le petit enfant qui mourut, et la nourrice eut le fouet sous la custode, et l'eût eu par les carrefours, n'eût été de crainte de déshonorer la maison.

Pour ce père de la chirurgie française il y a deux modes de transmission de la syphilis par l'allaitement, la succion du lait seul et le contact direct entre nourrice et nourrisson. Bern. Tomitanus fait également connaître les modes d'infection des nourrices par leurs nourrissons. Léonard Botal, A. Fracanziani, A. Trajan Pétrone, P. Borgarutius (1), N. de Blégny (2), Boerhaave, Astruc, Van Swieten, Fabre enfin, sont tous d'accord sur ce fait, que la syphilis peut se gagner par l'allaitement. J'ai cru devoir exposer tout au long la doctrine ancienne relative à cet important sujet, afin de montrer comment la vérité peut tout à coup faire place à l'erreur quand l'opinion d'un seul vient à se substituer aux vérités acquises par la tradition.

Hunter, cherchant à appliquer l'expérimentation à l'étude de la syphilis, eut une conception heureuse, mais qui devait tout d'abord porter de mauvais fruits. Oubliant l'histoire du passé et confiant dans l'inoculation artificielle qu'il ne sut pas prendre à sa juste valeur, il nia la contagion des formes secondaires et la transmission de la syphilis par l'allaitement. Et cependant le fait clinique ne lui échappa point; si son imagination ou son système le faisait dévier, son esprit d'observation le replaçait sur la voie. En effet, il rapporte dans son traité deux observations du plus grand intérêt, où des enfants affectés

(1) Voyez, pour les indications bibliographiques, Luisinus, *Aphrodisiacus*, etc., et Ricordi, *Sifilide da allattamento*, Milano, 1865.

(2) *L'Art de guérir les mal. vénér.*, 1674.

de syphilis héréditaire deviennent cause de l'infection de nourrices et de nourrissons.

Malgré les expériences ingénieuses de Hunter, le dogme de la transmission de la syphilis par l'allaitement ne continua pas moins à être professé par beaucoup d'observateurs. Ainsi Babington, B. Bell, Bosquillon, firent opposition à la doctrine du chirurgien anglais, lequel trouva toutefois des partisans dans Girtanner, Barbantini, Vacca Berlinghieri, Monteggia, Pressavius, Rosen de Rosenstein, Paletta; mais Doublet, Swediaur, Bertrandi, Ploucquet, Mahon, Vassal, Bertin, Bourgogne, Lagneau, Petit-Radel, Colles, Baumès, Egan, Viani, Pietrini, Bertherand et beaucoup d'autres, d'accord avec la tradition, cherchèrent à réfuter les opinions du célèbre syphilographe.

Les sectateurs de Hunter étaient donc en petit nombre, quand vint Ricord, le grand et le chaud partisan de la doctrine Huntérienne. Confiant comme son devancier dans les résultats de l'inoculation, il tomba dans la même erreur. L'un de ses principaux élèves, Diday, n'accepta pas entièrement la doctrine du maître. « Il demeure établi, écrivait-il dès 1854, que le contact de la bouche d'un nourrisson avec le sein d'une nourrice syphilitique doit être soigneusement évité. » Depuis lors il s'est montré partisan décidé du dogme opposé, que Bardinet, Putegnat, Bouchut (1), Valery, Rollet, Ricordi de Milan, etc., ont aujourd'hui rendu inattaquable.

La nourrice ou le nourrisson peut être l'agent syphilifère. La nourrice, lorsque, sous le coup d'une syphilis primitive ou secondaire, elle allaite un enfant sain. Or si, comme on peut le supposer, le lait n'est pas contagieux, c'est à la condition seulement qu'un accident syphilitique vienne à se développer, et c'est ce qui arrive le plus souvent, ou bien parce qu'un chancre a été transporté sur le sein de la nourrice par une personne étrangère qui est venue pratiquer la *succion*, ainsi qu'on en trouve des exemples nombreux dans la science (2), ou bien parce qu'il y a eu un contact

(1) Bouchut, *Transmission de la syphilis des nouveau-nés aux nourrices* (*Gaz. méd. de Paris*, 1850). — Comparez : Candelon, *Modes de transmission de la syphilis chez les nouveau-nés*, Thèse de Paris, 1852.

(2) On a vu des épidémies de syphilis survenir à la suite de ce procédé. Consultez à ce sujet : A. Everard, *Collatio antiqui morbi recrudesc. cum gallico vel indico morb.* Mediol., 1661. — Albert, *Dissertatio de osculo morbifico et morbifero.* Halle, 1726. — E. Barry, *Account of a malignous lues venerea communicated by the succion in the city of Cork.* Edinburgh, 1728, et *Medical Essays and Observ.*, t. III,

d'un autre genre, direct ou indirect (1), ou encore, comme l'a vu Bertin, parce qu'un enfant infecté a déposé sur le sein de celle qui l'allaite la matière virulente qui aura servi à infecter un autre nourrisson (contagion médiate). Mais en somme la cause la plus fréquente de contamination par la nourrice tient aux plaques muqueuses qui, sous l'influence de la succion, ne manquent guère de se développer à la surface ou au voisinage du mamelon.

Le nourrisson est néanmoins le syphilifère le plus ordinaire. La syphilis qu'il transmet peut provenir de trois sources. Elle est héréditaire, ce qui est le cas le plus habituel; elle a été gagnée par l'allaitement d'une nourrice étrangère; elle résulte d'un contact quelconque, direct ou indirect. Si le contact est direct ou immédiat, c'est en général un frère de lait qui transporte le mal; dans le cas contraire, les instruments de toutes sortes, les linges surtout, la vaccination, peuvent être autant de causes capables de développer la syphilis chez l'enfant.

Ces différents modes, dans les détails desquels nous ne pouvons entrer, sont du reste faciles à concevoir; mais il importe de s'habituer à prévoir leur éventualité. Il ne faut pas oublier que dans ces circonstances on a plusieurs fois vu apparaître de véritables épidémies syphilitiques.

Déjà nous avons fait connaître celles de ces épidémies dont le rapport nous a été laissé par les anciens auteurs. Voici la relation succincte de celles qui ont été observées plus récemment. Portal rapporte qu'une sorte d'épidémie scrofuleuse régna à Montmorency parmi les enfants qui étaient en nourrice. Le mal devint si grand dans cette localité, que le gouvernement y envoya Morand et Lassonne, lesquels reconnurent que la plupart des nourrices étaient syphilitiques (2). En

n° 21, p. 323 et suiv., On trouve dans ce recueil un fait intéressant qui est aussi rapporté dans Van Swieten, *Comment. in H. Boerhaavii Aphorism.*, t. V, p. 348. — Ploucquet, *Initia bibliothecæ medico-practicæ et chirurgicæ*. Tubingue, 1803. — Jacob Munniks, *Observationes variæ;* diss. inaug. Groningæ, 1805; et *Journ. gén. de médec., de chirurg. et de pharm.*, 1805, t. XXIV, p. 337; *Histoire d'une maladie syphilitique propagée par une femme qui faisait métier de téter les nouvelles accouchées, et qui a régné à Groningue en* 1804. — Bourgogne, *Considérat. générales sur la contagion de la maladie vénérienne des enfants trouvés à leurs nourrices*. Lille, 1825.

(1) Voyez Ricord, *Lettres sur la syphilis*, p. 166, 167, 2e édit.

(2) Citation de Lugol : *Des maladies scrofuleuses*. Paris, 1844, p. 120.

mars 1844, Petrini soigna un enfant adultérin, né d'une mère syphilitique : cet enfant infecta deux nourrices qui communiquèrent leur mal à leurs maris et à leurs deux enfants (1).

Un fait qui donna lieu à une plus grande extension de la syphilis a été observé par le Dr Jolly (2) ; le Dr Facen en rapporte un autre non moins curieux (3). Dans son excellent travail sur la syphilis par l'allaitement, Ricordi (4) a consigné des observations non moins curieuses et intéressantes. En 1863, à Cazorezze, un enfant trouvé, affecté de syphilis héréditaire, causa l'infection de vingt-trois individus. La même année, à Ubolde, un enfant trouvé, également atteint de syphilis héréditaire, transmit la maladie à dix-huit individus. Une troisième épidémie, développée dans les mêmes circonstances, a régné enfin en 1864 à Marcalle, où elle a fait seize victimes. Il serait facile de rassembler un plus grand nombre de faits de ce genre ; mais ceux qui précèdent sont suffisants, à notre avis, pour faire comprendre la nécessité d'une police médicale dans le but de prévenir de pareils désastres.

Je dois faire remarquer en terminant, et c'est là un point qui ne manque pas d'une certaine importance pratique, que le nourrisson qui a hérité de la syphilis n'infecte pas plus sa mère que celle-ci n'infecte son nourrisson. C'est toujours la conséquence de cette loi que la syphilis ne se double pas. Colles (5) en 1837, donna comme règle constante cette observation, qu'un nouveau-né affecté de syphilis congénitale ne déterminait jamais d'ulcérations au sein de sa mère, même lorsqu'il portait des ulcères à la bouche, tandis qu'il pouvait dans ces conditions infecter une nourrice étrangère. Baumès (6), en 1840, fit la même observation que vinrent confirmer plus tard les recherches d'Egan (7) et celles de Cullerier (8).

Vaccination. — Destinée à nous préserver d'une maladie des plus graves, la vaccination peut être aussi un mode de contagion de

(1) *Il Raccoglitore medico*, n° de juillet 1850.
(2) Voyez *Journ. méd.-chirurg. et pharm. de Bruxelles*, 1853, p. 92.
(3) *Gaz. med. Lombard.*, n° 1, mai 1849.
(4) Ricordi, *Sifilide da allattamento*. Milano, 1865.
(5) *On the venereal Disease*, 1837, p. 385.
(6) *Précis théoriq. et pratiq. des malad. vénér.*, p. 180.
(7) *The Dublin quarterly journ.*, mai 1846.
(8) *Des symptômes consécutifs de la syphilis, considérés dans leurs rapports avec l'allaitement.* — *Bulletin général de thérapeutique*, 1850, p. 559.

la syphilis, dans lequel le virus n'est plus transmis par un contact immédiat, mais par l'intermédiaire d'un objet quelconque; la contagion est dite alors médiate. A peine entrevu par A. Leroy (1), ce danger de la vaccination paraît avoir été signalé tout d'abord en Angleterre (2), et plus tard en Italie par Monteggia (3) et Marcolini (4). Ce dernier observa une sorte d'épidémie analogue à celle dont nous avons déjà parlé à propos de la transmission de la syphilis par l'allaitement. Une petite fille née de parents syphilitiques servit à vacciner, le 16 juin 1814, dix enfants; on en vaccina trente autres le 30 du même mois, en tout quarante; parmi les inoculés, plusieurs moururent de vérole confirmée; quelques enfants eurent conjointement la syphilis et la vaccine. Dans un fait du même auteur observé en 1822, un enfant sain en apparence, mais plus tard reconnu syphilitique, servit par le même procédé à la transmission de la syphilis à une petite fille.

En 1821, une petite fille âgée de trois mois, saine en apparence, et dont le vaccin était très-régulier, servit à vacciner quarante-six enfants; presque tous furent infectés, dix-neuf succombèrent. La plupart des nourrices et des mères contractèrent la syphilis par l'allaitement (5).

En 1841, un enfant des environs de Crémone, né de parents syphilitiques, fournit le vaccin à soixante-quatre enfants, et la plupart de ces enfants eurent des symptômes de syphilis générale. Les mères et les nourrices ne furent pas épargnées. Sur les soixante-quatre vaccinés, cinquante-quatre guérirent, huit enfants et deux femmes succombèrent; l'enfant vaccinifère finit par mourir hydropique, après avoir présenté diverses éruptions à la peau et des ulcères syphilitiques aux parties génitales et au scrotum (6). Pitton (7) en 1844, Ceccaldi (8) en 1845,

(1) *La clef du cabinet des princes*, an X, obs. 11 et 12.

(2) Consultez : B. Moseley, *A treatise on the Lues bovilla or Cowpox*. London, 1805. Trad. franç. par Depping dans le recueil intitulé : *La vaccine combattue dans le pays où elle a pris naissance*. Paris, 1807. W. Rowley, *Commentaries on the Lues bovilla or Cowpox*. London, 1806.

(3) Monteggia, Mém. lu, le 17 février 1814, à l'Institut de Milan. Voyez *Annali universali di medicina*, di Annibale Omodei. Milano, 1824.

(4) *Ibid.*

(5) Cerioli, dans Barbantini de Lucques, *Del contagio venereo*, etc. 1821, et *Ann. universali di medicina* di Omodei, t. XIX, *Revue méd.*, t. III, p. 51.

(6) Cerioli, dans *Gazetta medica di Milano*, 14 octobre 1843, t. II, n° 4.

(7) *Journ. des connaiss. méd.-chir.*, 1844.

(8) *Revue méd.-chirurg.*, Paris, 1853, t. XIII, p. 121.

observèrent aussi des cas de transmission de la syphilis par la vaccine; mais ces faits peuvent laisser matière au doute, et on se demande, après les avoir lus, si la syphilis a été la cause efficiente ou simplement l'occasion du développement de la syphilis chez le nouveau-né. Une observation plus positive est rapportée par Viani. Un enfant qui avait déjà infecté quatre nourrices, dont l'une communiqua la syphilis à un autre nourrisson, servit à la réinoculation vaccinale de son oncle et de sa tante qu'il infecta aussi. Le vaccinateur, le Dr Viani lui-même, ignorait les antécédents de l'enfant (1).

Des faits peu différents et dans lesquels il y a tout lieu de supposer la transmission de la syphilis par la vaccine, sont encore rapportés par Monnell et par d'autres observateurs (2). L'attention du monde médical fut dès lors éveillée sur ce mode auquel deux procès intentés en Allemagne, l'un au vétérinaire B..., l'autre au Dr Hubner, vinrent tout à coup donner un grand retentissement.

Dix familles sont revaccinées, et, à la suite de l'opération, dix-neuf individus sur vingt-quatre sont reconnus atteints de syphilis. Le vétérinaire B.., auteur de ces revaccinations, est poursuivi devant les tribunaux, condamné à deux ans de prison et à une amende de 50 thalers (3). En 1852, le 16 juin, treize enfants d'un village sont vaccinés le même jour, dans la même séance, et avec le même vaccin, celui d'un enfant réputé syphilitique ; des ulcères se développent bientôt aux endroits vaccinés chez huit d'entre eux, et environ trois mois plus tard apparaissent des éruptions syphilitiques ; chez les cinq autres on ne constate aucun symptôme anormal (4).

Malgré ces nombreux et regrettables faits, la possibilité de la transmission de la syphilis par la vaccination n'était pas généralement acceptée, quand parut, en 1860, l'intéressant travail du docteur Viennois

(1) *Gazetta medica Lombarda*, 1849, et *Gaz. méd. de Paris*, 1849, p. 874.

(2) *New-York med. Times*, 1854. — James Whitehead, *Third report on the clinical hospital*. Manchester, 1859. — J. Lecoq, *Gaz. des hôpitaux*, 1859, p. 598, et Guyenot, *De l'inoculation de la syphilis const.* Thèse de Paris, 1859.

(3) Voyez Wegeler, *Medizinische Zeitung*, 3 avril 1850.

(4) Voyez Séc, *Gaz. hebdom. de méd. et de chirurg.*, 9 mars 1855. — Broca, *Société de chirurg.*, t. V. — Consultez de plus : Pauli de Landau, *Ueber Contagiosital und Erblichkeit der Syphilis*, etc., Manheim, 1859. — Friedenger, *Erfahrungen über Vaccine und syphilit. Krankh.*, etc., Vienne, 1855. — J. Heine, *Beiträge zur Lehre von der Syphilis in ihrer Verbindung mit Vaccine und Diphtheritis*. Wurzburg, 1854.

Lyon (1). Après avoir examiné et contrôlé les faits produits, cet auteur en a tiré cette conclusion que c'est le sang et non le virus qui est l'agent de transmission de la syphilis. Dans un mémoire publié vers la même époque, Rollet (2) est arrivé à la même conséquence. Dès lors les faits se sont multipliés. » Dernièrement, écrivait le Dr Galligo en août 1860 (3), on a remarqué dans les environs de Florence, à la Rufina, la transmission de la syphilis chez quatorze enfants vaccinés avec le virus vaccin d'un enfant qui, tout en ayant l'apparence d'une santé parfaite, était (d'après les informations reçues) issu de parents qui, peu de temps auparavant, avaient été atteints de graves phénomènes consécutifs. »

Vers la fin de mai 1861, un enfant de Rivalta, âgé de onze mois et jouissant d'une parfaite santé est vacciné, avec du virus renfermé dans un tube provenant du conservateur d'Aqui (4). Dix jours après, le 7 juin, on prit du vaccin dans les pustules de cet enfant, et l'on s'en servit pour inoculer dans une seule séance quarante-six enfants, qui tous étaient parfaitement sains. Le 12 du même mois, dix-sept autres enfants furent vaccinés avec du liquide de l'un des quarante-six de la première série. Le chiffre des vaccinés s'est ainsi élevé à soixante-trois, et sur ce nombre quarante-six ont été infectés ; trente-neuf sur les quarante-six de la première série et sept sur les dix-sept de la seconde ont présenté des traces de syphilis. Le 7 octobre, sur vingt-trois de ces enfants, six étaient morts sans traitement, quatorze étaient en voie de guérison, trois étaient en danger ; les vingt-trois autres se trouvaient dispersés dans diverses communes. Vingt mères ou nourrices furent infectées (5).

Un fait assez semblable, bien qu'il prête un peu plus à l'objection,

(1) Viennois, *De la transmission de la syphilis par la vaccination* (*Arch. gén. de méd.*, juin et septembre 1860).

(2) Rollet, *Recherches sur la syphilis*. Paris et Lyon, 1861, p. 372 et suivantes.

(3) *Gaz. hebd. de méd. et de chirurg.*, n° 31, p. 519 ; 1860.

(4) Il a paru depuis au docteur Pacchiotti que cet enfant avait pu contracter la syphilis d'une nourrice. — Pacchiotti, *Sifilide trasmessa per mezzo della vaccinazione, in Rivalta presso Acqui*, Torino, 1862, et H. Lee, *De l'inoculation syphilitique*, traduit en français par E. Baudot, 1863.

(5) Voyez *Gazetta medica italiana*, 4 novembre 1861, et *Gaz. hebd.*, 1861. — Pacchiotti, *loc. cit.* — Consultez sur le même sujet : Jaccoud, dans *Gaz. hebd.*, 1861. — Amédée Latour, Cerise, Lachèse, dans *Union médicale*, même année. — Venot, dans *Journal de Bordeaux*, mars 1862, p. 117. — Will. Acton, *British med. journal*, 22 février 1862.

est rapporté par le docteur Glutter. Dans un village de 650 habitants, 34 individus d'âge et de sexe différents furent atteints d'accidents syphilitiques de la bouche et de la gorge après la vaccination ; mais il ne fut pas possible de déterminer d'une façon exacte le sujet vacciné qui était affecté de syphilis.

En 1856, à Lupara, dans le royaume de Naples, le docteur Marone vaccine dans les premiers jours de novembre un certain nombre d'enfants avec du vaccin en tube, qui venait de Campo-Basso, et qui se trouvait coloré par un peu de sang, quoique clair et transparent comme à l'ordinaire. Un premier enfant reçut le vaccin et le transmit ensuite aux autres ; 23 de ces enfants, y compris le vaccinifère, formant la presque totalité des vaccinés, quoique nés de parents sains et exempts d'accidents vénériens, furent atteints de syphilis après cette vaccination. Les mères de ces enfants contractèrent à leur tour la maladie. Dans une seconde série de vaccinations pratiquées avec du vaccin provenant des premiers vaccinés, 11 autres enfants eurent la vérole, et, comme ceux-ci, ils infectèrent leurs mères ; celles-ci infectèrent 11 nourrissons qu'elles avaient, et quelques-unes d'entre elles communiquèrent la maladie à leurs maris. De toutes jeunes filles furent aussi infectées par leur contact avec les nourrissons ou avec les enfants (1).

Un fait qui ne manque pas d'intérêt s'est présenté à la clinique du professeur Trousseau, dans le courant de l'année scolaire 1861-1862. Une jeune femme, âgée de 18 ans et qui n'avait aucun symptôme de syphilis, est vaccinée avec du liquide provenant de pustules vaccinales régulières. Le résultat fut presque nul, ce qui n'étonna pas, puisqu'elle avait été déjà vaccinée. Mais un mois plus tard, survinrent deux pustules ecthymateuses aux bras, et peu de temps après une roséole syphilitique. Chez quatre enfants qui avaient été inoculés en même temps, tout se passa régulièrement.

Auzias Turenne a également rapporté plusieurs faits de syphilis vaccinale (2).

Chassaignac (3) a mis sous les yeux de la Société de chirurgie un

(1) *L'Imparziale*, n° du 1er mars 1862, p. 142. — Pacchiotti, *loc. cit.*, p. 99. — H. Lee, *loc. cit.*, p. 76, et *The Lancet*, 1862, t. I, p. 567. — Consultez encore sur ce sujet : Stricker, dans *Virchow's Archiv*, t. XXII, p. 285-312, 1861.

(2) Voir *Courrier médical*, 1863.

(3) *Bullet. de la Société de chirurg.*, séance du 26 août 1863.

enfant chez lequel on ne pouvait invoquer de syphilis héréditaire et qui cependant fut atteint de syphilis quelque temps après avoir été vacciné. Devergie (1) et Hérard ont communiqué chacun un fait du même genre à l'Académie de médecine. Le docteur Viennois a fait connaître (2), à cette même compagnie deux observations du docteur A. Adelasio de Bergame (3). Mon ami, le docteur Millard a présenté un autre fait, il y a quelques jours, à la Société médicale des hôpitaux (Bull. de cette Société, année 1865).

Laroyenne (4), Rodet de Lyon (5), Bouvier (6), ont enfin rapporté des cas analogues. Telle est, bien qu'encore incomplète, la longue série d'observations qui prouvent aujourd'hui, d'une façon indubitable pour le plus grand nombre des médecins, la transmission de la syphilis par la vaccination. Ces observations sont rapprochées dans le tableau ci-dessous :

Cas de	Cerioli...........	46	vaccinés.	40	infectés.	6	sains.
—	Tassani..........	64	—	46	—	18	—
—	Wundartz B.....	24	—	19	—	5	—
—	Hübner..........	13	—	8	—	5	—
—	Monell (New-York).	1	—	1	—	»	—
—	Marcolini........	40	—	40	—	»	—
—	Viani.............	2	—	2	—	»	—
—	Lecoq............	2	—	2	—	»	—
—	Galligo..........	14	—	14	—	»	—
—	Rivalta..........	63	—	46	—	17	—
—	Bidard..........	6	—	»	—	6	—
—	Moutain.........	30	—	»	—	30	—
—	Schreier.........	2	—	»	—	2	—
—	Trousseau........	5	—	1	—	4	—
—	Marone..........	34	—	34	—	»	—
—	Devergie.........	1	—	1	—	»	—
—	Chassaignac......	1	—	1	—	»	—
—	Hérard..........	1	—	1	—	»	—
—	Adelasio..........	2	—	2	—	»	—

Je sais bien qu'il existe des faits négatifs; mais ces faits, supposé même que l'interprétation très-rationnelle de Viennois ne leur soit pas toujours applicable, ne prouvent rien vis-à-vis des nombreux faits positifs ci-dessus rapportés. Dans une récente et célèbre discussion à

(1) *Bullet. de l'Acad. de méd.* Paris, 1862-1863, t. XXVIII, p. 664.
(2) *Ibid.*, p. 1189.
(3) *Bullet. de l'Acad. de méd.* 1864-1865, t. XXX, p. 20.
(4) *Gaz. méd. de Lyon*, 16 juin 1864.
(5) *Ibid.*, 1865, p. 35.
(6) *Bullet. de l'Acad. de méd.*, séance du 28 février 1865. — Voyez encore *Gaz. des hôpitaux*, 22 octobre 1864.

l'Académie de médecine, les avis furent partagés ; mais en définitive la plupart des membres, sinon tous, ont fini par reconnaître qu'il n'était plus possible de nier ce mode de contagion syphilitique qui eut pour défenseurs MM. Depaul, Trousseau et Bouvier. Ainsi il ne reste plus aujourd'hui qu'à trouver les moyens propres à empêcher cette contagion. Plus loin, nous chercherons quels peuvent être ces moyens.

Opérations diverses. Scarifications, tatouage, cathétérisme, etc. — La vaccination n'est pas la seule opération à l'aide de laquelle on puisse transmettre la syphilis. En 1577 fut observée, comme nous le savons, à Brunn en Moravie, une épidémie syphilitique dont on finit par trouver l'origine dans les scarifications que s'étaient fait faire un certain nombre de personnes par un baigneur étuviste de la ville (1). Des faits du même genre ont été rapportés par G. Horst et observés à Bamberg en 1603 par Sigismond Snizer, à Ulm en 1662 par Horst lui-même, et à Windshelm, en 1624, par Marc Widemann sur plus de soixante-dix personnes. La maladie chez toutes avait été causée par l'emploi des ventouses (2). Plus certainement encore que dans la vaccination, le sang est ici l'agent de transmission.

L'opération du tatouage a pu être parfois aussi, paraît-il, un moyen de propagation de la syphilis (3). Chose plus triste à dire, mais que nous ne pouvons cacher, des opérations pratiquées par des médecins ou des chirurgiens peu soigneux ont été dans quelques circonstances des causes de contamination syphilitique. C'est ainsi que, dans ces dernières années, on put observer à Paris même des cas de syphilis qui parurent n'avoir d'autre origine que le cathétérisme de la trompe d'Eustache. Dans la séance de la Société médicale des hôpitaux du 28 septembre 1861 (4) une malade fut présentée par Lallier, laquelle s'était trouvée infectée de cette façon, et dans la séance suivante, 12 octobre, treize faits de ce genre de communication furent cités par différents membres. Il est vrai toutefois, selon la remarque du docteur Roger, que quelques-uns de ces faits, un petit nombre en tout cas, pouvaient faire double emploi.

En 1863, mon ami le docteur Maurice Raynaud me montra à l'hô-

(1) Voir Historique, p. 26.

(2) Voyez Astruc, *De morbis venereis*, 1740.

(3) Voyez Petry, *Uebertragung der secundare Syphilis durch das Tättowiren*. (*Allgem. Wien med. Zeitung*, n° 14, 1859.)

(4) Voyez *Union méd.*, 11 oct. 1864.

pital Saint-Louis, dans le service de Hardy, une victime de ce genre d'opération. Cette année même, un fait qui demande à être rapproché des précédents fut publié dans la *Gazette hebdomadaire*. Heureusement pour l'honneur du corps médical parisien, nous devons dire que tous les malades dont il est ici question avaient reçu les soins du même spécialiste (1). Un autre point est à noter, c'est que dans un grand nombre de ces cas la syphilis a revêtu une forme grave.

Il est évident que le cathétérisme de la vessie est susceptible des mêmes inconvénients. S'il n'y a jusqu'ici aucun fait qui signale ce mode de contagion, n'est-ce pas à cause du siége même du mal? Enfin on a vu un speculum, des érignes transporter le principe du chancre (2). Les linges à pansements peuvent être eux-mêmes des moyens de contagion. Ainsi le chirurgien comme le médecin ne peuvent prendre trop de soins de propreté dans l'exercice de leur profession. Il est une opération chirurgicale maintenant tombée en désuétude et dans laquelle aussi la syphilis a pu se transmettre quelquefois, c'est la transplantation des dents. Quelques observations rapportées à ce sujet par Hunter ne paraissent laisser que peu de doute, malgré l'avis contraire de ce chirurgien. (Œuvr. compl., p. 666.)

Professions.— Il est parfaitement prouvé aujourd'hui que certaines professions ont quelquefois servi à propager la syphilis. Plusieurs faits de transmission de cette maladie chez les ouvriers qui soufflent le verre, ont été observés par les médecins de Rive-de-Gier, où existe une usine destinée à la fabrication de la verrerie. Le docteur Niobis, médecin de cette localité, a vu pour son compte une dizaine de cas de ce genre, et Rollet (3), qui a pu en vérifier l'exactitude, les a invoqués avec raison comme preuves de la contagiosité des lésions secondaires. C'est qu'en effet les plaques muqueuses, toujours si fréquentes à la bouche, sont, dans ces conditions surtout, bien plus souvent que le chancre, les accidents contaminants. Rien du reste ne favorise mieux la transmission morbide que l'obligation pour un ouvrier de prendre immédiatement et de presser entre ses lèvres le tube de fer (canne) qu'un de

(1) Un nouveau fait vient de paraître (Voy. *Gaz. méd. de Lyon*, 1er mars 1866).

(2) Tardieu, *Étude médico-légale sur les maladies accidentellement et involontairement produites par imprudence, négligence ou transmission contagieuse comprenant l'histoire médico-légale de la syphilis* (*Ann. d'hygiène et de méd. légale*, 2e série, t. XXI, p. 371).

(3) *Archives de méd.*, 1859.— *Gaz. méd. de Lyon*, 16 nov. et 1er déc. 1862.

ses eamarades atteint de lésions buecales vient lui-même de tenir dans sa bouehe. Il a suffi de connaître ce foyer de eontagion pour l'éteindre. Diday a proposé de faire visiter les ouvriers tous les quinze jours et de n'admettre dans les ateliers que eeux qui seraient porteurs d'un eertificat de santé délivré par le médeein. Chassagny, dans la crainte que ee moyen ne paraisse vexatoire aux ouvriers, eonseille de se servir d'un *embout* dans lequel pourrait s'introduire la eanne. Chaque ouvrier, ayant son embout, eesse nécessairement d'être exposé. Ce moyen très-applicable a été aussi recommandé par Viennois au congrès de Rouen (1).

Objets divers. Ustensiles de ménage, linge, habits, etc. — Léonard Botal rapporte qu'un de ses intimes amis, homme de bien et de probité, fut cruellement attaqué de la maladie vénérienne et qu'il protesta toujours avec les plus grands serments qu'il ne pouvait comprendre d'où lui était venue eette maladie, à moins que ce ne fût pour avoir bu dans le verre d'un homme avee lequel il vivait familièrement et qui en était alors violemment tourmenté (2).

Dans l'intéressant mémoire de Rollet (3), on trouve le fait d'une jeune femme de mœurs irréproehables qui eontracta une syphilis dont la première manifestation fut un ehanere à la lèvre. Après un interrogatoire qu'il fit subir à cette malade, en présenee de sa mère et de son mari, Rollet resta persuadé que la maladie avait été eommuniquée par la euisinière. Celle-ci, en effet, malade depuis huit à dix mois, avait l'isthme du gosier envahi par une éruption de plaques muqueuses eonfluentes, et la jeune dame avait l'habitude de goûter tous les mets que lui préparait sa domestique, avec la même cuiller et immédiatement après elle. La pipe, cet objet si répandu et qui se prête si facilement et si volontiers à des amis, doit compter aussi pour une bonne part parmi les ustensiles qui servent à eommuniquer la syphilis : ce moyen de transmission, que eertains faits rendent peu eontestable, a été eonstaté par nous sur un ami.

L'usage de linges provenant d'individus infeetés est une autre eause de propagation de la syphilis, qui, si on en eroit les auteurs aneiens, n'est pas extrêmement rare. Nieolas Massa (4) prétend avoir

(1) Voyez *Gazette hebdomadaire*, p. 666, 1863.

(2) *Lib. de luis venereæ curandæ ratione*, cap. IV.

(3) Rollet, *Recherches cliniq. et expériment. sur la syphilis*. Paris, 1861, Obs. 26 et 29.

(4) Nicolas Massa, *Lib. de morbo gallico*, tract. I, cap. II.

guéri un de ses amis, qui avait pris le mal pour avoir couché seulement une nuit dans des draps qui avaient servi à un homme affecté d'un ulcère vénérien à la jambe. Fabrice de Hilden (1) rapporte qu'une jeune fille de quinze ans, faisant le carnaval dans une assemblée de seigneurs et ayant changé d'habits avec un jeune homme, contracta des pustules et des ulcères véroliques aux parties naturelles par le seul attouchement des caleçons, qui étaient infectés. Ces deux faits et cet autre d'Ant. Fracanziani (2), qui dit avoir vu une jeune fille de 7 ans qui avait gagné le mal pour avoir porté une robe de peau dont s'était servie une femme vérolée, n'auraient sans doute pas une grande valeur aujourd'hui, si un observateur distingué de notre époque, H. Clerc, n'avait remarqué un exemple fort peu différent. Un vieillard de plus de 70 ans, qui depuis de longues années n'avait pas eu de rapports sexuels, fut atteint d'un chancre infectant du gland, lequel, selon toute apparence, provenait du frottement de l'organe contre un pantalon d'origine très-suspecte qu'il portait depuis environ deux mois (3). Gabriel Fallope (4) dit s'être entretenu avec un vieillard qui avait chez lui deux vérolés pleins d'ulcères aux parties postérieures et qui assurait avoir pris ce mal par l'usage des mêmes latrines. Il n'est guère possible d'ajouter foi à un semblable fait; néanmoins j'ai voulu signaler cette observation et les précédentes, car je tiens à fixer l'attention sur ce point, que la contagion médiate de la syphilis est plus fréquente qu'on ne le pense communément.

CONDITIONS ET RÉSULTAT IMMÉDIAT DE LA CONTAGION.

Quels que soient le produit de sécrétion qui renferme le virus et le mode suivant lequel cet agent morbide se trouve transporté, il faut, pour que la contagion ait lieu, que cette semence tombe sur un terrain, et pour qu'elle puisse y germer, il est encore nécessaire qu'elle le pénètre, sans quoi elle se dessèche et reste stérile. Nous savons que tout individu en puissance de syphilis est incapable de contracter de nouveau cette maladie, et que des nourrices contaminées n'é-

(1) Fabrice de Hilden, *Obs. chirurg. et méd.*, 1716, centur. I, obs. 100.
(2) Cité par Astruc, t. II, p. 10.
(3) Voyez A. Martin, thèse citée, p. 44.
(4) G. Fallope, *De morbo gallico tractatus*, cap. XXII.

prouvent aucun accident de la part d'un nourrisson syphilitique. Mais, à part ces cas, il est de fait que certains individus sont réfractaires à la syphilis sans qu'il soit possible d'en connaître le motif. On ne sait si c'est là l'effet d'une disposition générale ou d'un état purement local. Ces deux conditions peuvent exister. Nous connaissons peu les dispositions générales relatives à cette immunité. Pour ce qui est de l'état local, il est très-probable que l'introduction du virus est difficile, sinon impossible, sans une érosion cutanée ou épidermique. Fabre croit l'absorption possible en dehors de toute espèce de plaie, mais il admet qu'elle est plus facile lorsque le virus est déposé sur une muqueuse recouverte d'un léger épithélium. Ricord (1) pense au contraire, avec le plus grand nombre des syphilographes modernes, que la présence d'une écorchure est de rigueur. Après avoir donné quelques faits à l'appui de cette opinion, il ajoute : « Ces faits, que je pourrais multiplier, prouvent que les conditions physiologiques de l'acte génital ne sont pour rien dans la contagion de la syphilis. » Les nombreux faits de contagion que nous avons rappelés plus haut ne laissent pas le moindre doute à cet égard. Les régions ordinairement contaminées, comme les lèvres et le sein, ne se font-elles pas remarquer par leur tendance aux déchirures ? Les cas déjà cités de femmes infectant des individus après un coït impur tout en restant saines, ne sont-ils pas un argument sérieux relativement à la nécessité d'une excoriation dans l'absorption du virus syphilitique ?

Le chancre, a dit Ricord, est l'exorde obligé de la syphilis acquise. Cette loi a été confirmée depuis par des recherches nombreuses, et en particulier par celles d'Alf. Fournier, qui, sur un relevé de 1046 malades hommes, a trouvé que le chancre avait pu être constaté 1033 fois, et cela soit d'après les rapports des malades, soit d'après le résultat d'une investigation personnelle. Treize fois seulement sur ce chiffre le chancre ne put être retrouvé comme origine d'une façon certaine, ce qui ne prouve pas évidemment qu'il ait fait défaut. Lorsque la contagion de l'accident primitif était seule admise, la loi posée par Ricord ne pouvait pas paraître extraordinaire ; mais le jour où la contagiosité des accidents secondaires fut prouvée, il y avait à se demander si cette même loi était toujours vraie. Les observations ne se firent point

(1) Ricord, *Lettres sur la syphilis*, 3e édit. Paris, 1863, p. 183.

attendre, et bientôt aussi une discussion de priorité s'engagea; mais sur ce point comme sur tant d'autres, il existait déjà des données importantes, qu'il eût été bon de rappeler tout d'abord.

Brassavole en 1550 (1), Rondelet (2) en 1574, écrivaient que chez les nourrices infectées la vérole commence par des ulcères du sein. A. Trajan Pétrone tenait un langage assez semblable (3). « La première partie qui est affectée (chez les nourrices), dit Fabre (4), est le mamelon, parce que la bouche de l'enfant l'imprègne d'une salive infectée. Il survient donc à cette partie, d'abord une phlogose douloureuse et ensuite des petits boutons qui se changent en ulcères ou chancres; très-souvent les glandes des aisselles ou celles du col se gonflent en même temps, de même que celles des aisnes, où il survient des bubons, lorsque les chancres occupent les parties de la génération. Après ces symptômes primitifs, la nourrice en éprouve d'autres qui caractérisent la vérole confirmée, etc....... »

Bosquillon n'est pas moins explicite dans sa traduction de Bell (5), lorsqu'il dit : « La syphilis héréditaire se communique avec une facilité extrême. Si l'on donne un enfant ainsi infecté à une nourrice saine, on voit bientôt le mamelon de cette malheureuse se gonfler et rougir, l'inflammation gagne l'auréole qui environne ce mamelon; peu de jours après, il s'élève de petites vésicules qui s'ouvrent et se transforment en ulcères qui ont tous les caractères d'un ulcère vénérien ; les glandes des aisselles s'engorgent, la maladie résiste longtemps au spécifique. « Suivant Petit-Radel (6), le chancre du sein, assez fréquent chez les nourrices qui reçoivent des nourrissons infectés de quelques ulcérations à la bouche, se manifeste toujours à son origine sous la forme d'un petit *bouton* rouge qui démange beaucoup ; ce bouton fait bientôt pointe, s'enflamme, s'excorie, s'étend, et, occupant tout le mamelon, il rend une matière visqueuse et un peu blanche. On lit

(1) *De morbo gallico tract.*, cap. XXII. Voir plus loin, dans la partie médico-légale, la citation précise de Brassavole.

(2) *Aphrod.*, p. 935.

(3) Videmus infantes ulcere in labiis primum orto in luem gallicam incidere, nutrices in papillis, viros in pene, meretrices in vulva..... Primi affectus sunt velut ulcera in pene, in vulva, in ano, quæ coitu contrahuntur, in labiisque tum suctu, tum osculo, in maxillisque nutricibus inquinatos infantes lactantibus evenire solent. *Aphrod.*, p. 1167.

(4) Fabre, *Traité des malad. vénér.* Paris, p. 15, 1773.

(5) Bell, *Traité des malad. vénér.*, etc., t. II, p. 620.

(6) *Cours des maladies syphil.*, t. I, 1812, p. 361.

d'autre part dans la Chirurgie clinique de Delpech de Montpellier (1) : « Il n'est pas rare que des baisers sur la bouche, donnés par des personnes infectées et portant quelques symptômes syphilitiques au gosier ou dans la bouche, donnent lieu à une infection qui se fait par le bord libre des lèvres. On observe communément alors une ou plusieurs ulcérations suivies ordinairement de l'engorgement inflammatoire des ganglions lymphatiques correspondants, ceux des régions jugulaires ou sous-maxillaires. Cette conséquence est tellement commune, que l'engorgement concomitant des glandes ou succédant de fort près aux ulcérations syphilitiques peut servir à distinguer les ulcérations primitives ou chancreuses des ulcérations consécutives, provenant d'une vérole ancienne, et qui n'entraînent jamais un pareil accident. Le chancre et le bubon sont donc les symptômes exclusifs de l'infection syphilitique exercée par la bouche. » Après ces citations, il n'est pas besoin de longs commentaires pour montrer qu'un certain nombre de médecins des siècles passés et du commencement de celui-ci ont été conduits par l'observation clinique à regarder comme l'analogue du chancre infectant la lésion qui résulte de la contagion des accidents secondaires. Mais ces faits étaient oubliés, lorsque, le 14 novembre 1855, Auzias Turenne avança, devant la Société médicale du Panthéon (2), qu'il n'y a pas d'induration plus nettement accusée que celle qui occupe l'endroit contaminé par la communication de la syphilis par les accidents secondaires.

Dans la séance du 13 février suivant, Langlebert émit pour la première fois cette idée qu'il a développée plus tard (3), à savoir que la syphilis secondaire, en se transmettant, reproduit la syphilis primitive, c'est-à-dire le chancre. Cette proposition, qui ne reposait encore que sur un petit nombre de faits, fut bientôt acceptée, développée et propagée par Rollet de Lyon (4) et ses deux principaux élèves, Guyenot (5) et Viennois (6). Faisant appel aux faits expérimentaux et réunissant un grand nombre d'observations cliniques, Rollet sut

(1) *Chirurg. cliniq. de Montpellier*, t. I, 1823, p. 326.

(2) *Extrait des procès-verbaux de la Soc. méd. du Panthéon*, p. 6. Paris, 1865.

(3) *Moniteur des hôpitaux*, décembre 1858. — *Du chancre produit par la contagion des accidents secondaires de la syphilis*, 1862.

(4) *Gaz. méd. de Lyon*, janvier 1859, et *Arch. gén. de médecine*, 1859.

(5) Guyenot, Thèse de Paris, 1859.

(6) Viennois, Thèse de Paris, 1860.

élever à la hauteur d'un principe, d'une loi pathologique, d'un dogme, ce fait que la syphilis, quelle que soit sa provenance, débute toujours par un chancre primitif. Mais ce dogme est-il aussi absolu que tendrait à le croire le syphilographe lyonnais (1)? Telle n'est pas l'opinion du Dr Ricordi de Milan, qui lui oppose des faits, dans lesquels ce n'est plus un chancre qui est le premier effet d'une contamination par des accidents secondaires, mais une simple papule. Ces faits, qui n'étaient pas encore publiés à l'époque où nous faisions imprimer les premières feuilles de ce livre, sont trop importants et s'accordent trop bien avec la division que nous avons établie touchant les formes de l'accident primitif (voyez p. 73) pour que nous n'ayons pas à les rapporter. Nous les donnons aussi abrégés que possible.

Une femme contracta au sein un chancre ulcéré pour avoir allaité l'enfant de sa voisine, atteint d'accidents syphilitiques à la bouche. Cette femme voulut continuer de faire téter son enfant dans ces conditions. Ricordi vit se développer chez ce dernier, à la pointe de la langue et un peu à droite, une papule opaline à peine élevée qui grandit rapidement et constitua, au bout de quatre jours, une petite plaque de la grandeur d'une lentille, plus dure que le tissu de la langue, indolore, avec engorgement correspondant de deux ganglions sous-maxillaires. A la suite resta une petite tache livide; mais pendant son existence, la papule ne s'ulcéra jamais. (Observ. XLI de Ricordi.)

Dans une observation de Pellizzari, il s'agit encore d'une papule primitive de la mamelle qui a été produite par une plaque muqueuse de la bouche. (Observ. XLII de Ricordi.)

La nommée Angèle contracte la maladie de son enfant, qui téta quatre ou cinq fois une voisine affectée d'ulcérations au mamelon, pour avoir nourri un enfant trouvé de l'hospice Sainte-Catherine. Trois semaines plus tard, elle présente deux ulcérations à l'angle des lèvres et un écoulement puro-sanguinolent du nez; papules muqueuses ulcérées au pli cutané du cou et aux fesses. Ces accidents existent encore aujourd'hui, jour où l'enfant est entré à l'hôpital avec sa mère. Celle-ci n'est pas infectée; les mamelles, les aisselles, la vulve, tout est sain. Elle veut continuer d'allaiter. Quatre jours après son entrée, elle présente à la partie externe de l'auréole de la mamelle gauche, une tache rougeâtre à peine élevée, de la grandeur d'une petite lentille, sèche, indolore, sans induration. Les jours suivants, cette tache alla peu à peu en s'élevant et en s'accompagnant de l'induration de *quatre ganglions axillaires correspondants*. Seize jours après la première manifestation de la papule mammaire, l'enfant était guéri des ac-

(1) Rollet, *Recherches sur la syphilis*, 1861, p. 237 et suivantes.— Cullerier, *Rapport à la Société de chirurg.*, 1862.

cidents de la bouche, et la papule elle-même commença à se débarrasser de sa croûte. Sous les écailles d'épiderme détachées, on voyait une saillie du volume d'un petit pois, molle, rouge, non ulcérée. Cette petite tumeur disparut au moyen des cautérisations avec la pierre infernale.

Une jeune femme, âgée de 22 ans, vit apparaître dans des conditions très-analogues à celles où se trouvait la précédente, à la partie externe de l'auréole une petite tache rouge comme celle que l'on observe dans la rougeole. En cinq jours, cette tache s'étendit du double et commença à s'élever ; alors se montrèrent quelques ganglions à l'aisselle correspondante, lesquels devinrent en peu de temps des types de bubon spécifique. Bientôt la papule mammaire atteignit la grosseur d'une lentille et prit une teinte rouge foncé; mais elle resta toujours sèche et parfaitement intacte. Plus tard, survinrent des accidents consécutifs, et en particulier une syphilide papuleuse. (Observ. XXXIX de Ricordi.)

Voilà donc quatre faits dans lesquels la forme initiale de la syphilis a été une papule qui ne s'est pas ulcérée, et ainsi, dit le docteur Ricordi, la loi posée par Rollet n'est pas exacte, puisque, suivant cet observateur ou du moins suivant l'école qu'il représente, il reste à démontrer que le chancre induré puisse exister même exceptionnellement sans ulcération (1). A notre sens, ces faits n'infirment pas le principe établi par Rollet, ils prouvent simplement que ce médecin distingué n'a pas reconnu toutes les formes initiales de l'accident primitif; en même temps ils justifient la description que nous avons donnée plus haut (p. 75.) En effet, c'est bien un accident primitif et non une manifestation secondaire qui est la lésion initiale de la syphilis dans les faits rapportés par Ricordi, et la preuve c'est, comme le remarque Ricordi lui-même, l'incubation de la lésion et l'existence d'adénopathies concomitantes, circonstances qui n'appartiennent pas aux accidents secondaires.

Savoir quelle relation existe entre l'accident contaminant et la lésion initiale de la syphilis est un point sur lequel nous nous sommes déjà expliqué, et que les observations de Ricordi viennent encore mettre en lumière, puisqu'elles montrent que la papule sèche et l'érosion chancreuse (fissures ou rhagades) sont une conséquence fréquente de la contagion des accidents secondaires. Mais est-ce à dire que ces accidents ne donnent jamais lieu au chancre induré? En aucune façon. Le point saillant initial, rouge, papuleux ou tuberculeux, se recouvre sou-

(1) L. Nodet, *Études cliniques et expérimentales sur les diverses espèces de chancre*, etc. Paris, 1864, p. 17.

vent d'une croûte, et plus tard, quand celle-ci vient à disparaître, reste une ulcération à base indurée et plus ou moins taillée à l'évidoir, un chancre induré type. D'un autre côté, il est plus que probable que le chancre induré n'engendre pas toujours un accident semblable ; il peut donner lieu à l'une des deux autres variétés, à l'érosion chancreuse en particulier. Ainsi la forme initiale de la syphilis se trouverait en partie réglée sur la constitution de l'individu malade.

Tels sont, en somme, les différents points que comprend l'étude de la contagion syphilitique. Le grand intérêt pratique de cette question, les difficultés qui s'y rattachent, les luttes nombreuses qu'elle a soulevées, sont autant de circonstances qui nous ont engagé à entrer dans des développements peut-être un peu longs, mais qu'il est possible de résumer en quelques propositions :

1° La syphilis n'est pas contagieuse pour l'individu qui est encore sous le coup de l'infection ; autrement dit, elle ne se double pas.

2° Cette maladie est transmise sûrement par l'accident primitif et par les accidents secondaires à forme sécrétante. Il n'est pas prouvé qu'elle le soit par les accidents tertiaires ; mais on ne peut nier les propriétés contagieuses du sang dans la période primitive, ou tout au moins dans le cours des accidents secondaires.

3° Quelle que soit la source d'où elle provienne, la syphilis commence toujours par l'une des variétés de l'accident primitif. Bien qu'il n'existe aucun rapport absolu entre la lésion contagieuse et l'accident initial, cependant, on peut avancer que la papule sèche et l'érosion chancreuse sont, plus souvent que le chancre induré, la triste conséquence du contact d'un produit de sécrétion provenant d'accidents secondaires.

§ 2. — Hérédité.

C'est en 1536 que Paracelse, le grand novateur de l'époque, nota clairement pour la première fois la transmission de la syphilis par hérédité : « Tandem fit morbus hereditarius et transit a patre ad filium, ab infecto ad alium... Est morbus fœdus, magis hereditarius quam lepra. »

Brassavole, en 1550, observe un cas d'hérédité de syphilis chez un enfant qui infecte sa nourrice. Amatus Lusitanus, en 1554, rapporta l'une des premières observations de syphilis héréditaire. Fallope écrivait, en 1535 : « Præterea videbitis puerulos nascentes ex femina infecta, ut ferant peccata parentum, qui videntur semicocti. »

Depuis cette époque, l'hérédité de la syphilis est admise par la plupart des syphilographes : A. Ferrier, P. Haschard, V. Rondelet, B. Tomitanus, A. Paré, A. de Blégny, Astruc Fabre, etc. (1). Hunter, comme nous le savons, niait l'hérédité syphilitique, ce qui ne l'empêcha pas de rapporter deux cas des plus concluants de syphilis congénitale.

Les successeurs de Hunter ne partagent pas tous son opinion, et quelques-uns cherchent à prouver par des mémoires spéciaux la transmission de la syphilis par hérédité ; tels sont surtout Doublet, Mahon et Bertin. Ricord, qui accepta la plupart des idées huntériennes, ne put se refuser à admettre l'hérédité ; il en fut de même de Diday, son élève. Aussi ce mode de transmission est-il aujourd'hui des mieux établis. Le père et la mère, tels sont les facteurs dont l'influence isolée ou solidaire demande à être examinée.

Infection par le père. — Astruc reconnaissait l'influence exclusive du père dans l'acte de la transmission héréditaire, mais il la regardait comme beaucoup moins fréquente et moins certaine que celle de la mère. Swediaur (2) raconte qu'un dragon atteint d'ulcère syphilitique à la gorge eut un enfant qui fut atteint du même symptôme sans que la mère eût jamais éprouvé aucun mal syphilitique. Bertin cite un cas assez semblable (3). Haase (4), V. Gerhardt (5), Bœhr (6), Derschjold (7), Campbell (8), Bertherand, Cazenave, Diday (9), Martinez y Sanchez, Trousseau, Beyran (10), ont rapporté des faits peu douteux de syphilis transmise par le père. Trois de ces faits, consignés dans la thèse d'agrégation du docteur E. Vidal, paraissent établir d'une façon péremptoire l'influence héréditaire du père. Ils sont relatifs à trois médecins qui, malgré des accidents antérieurs de syphilis, avaient cru pouvoir se marier et dont les enfants

(1) Voyez p. 536 et 537 de ce livre.
(2) *Traité des malad. vénér.*, t. II, p. 177.
(3) *Traité de la malad. vénér. chez les enfants nouveau-nés*, p. 163, obs. XIII.
(4) *Allgem. medizin. Annal.*, février 1829, p. 194.
(5) *Journ. de Siebold*, t. X, § 553.
(6) *Journ. der pract. Heilkunde*, 1836.
(7) Cité par Tronchin, *De l'extinction de la malad. vénér.*, p. 50.
(8) *The London and Edinb. monthly journal*, 1844, p. 514.
(9) *Traité de la syphilis des nouveau-nés et des enfants à la mamelle*. Paris, 1854. On trouve dans cet excellent ouvrage la plupart des faits ci-dessus signalés.
(10) *Transmission de la syphilis du père au fœtus et du fœtus à la mère* (*Union médic.*, t. II, p. 457, 1862).

présentèrent, peu de jours après leur naissance, des traces évidentes d'infection syphilitiques, les mères n'ayant jamais manifesté aucune lésion suspecte.

Cet ensemble de faits rapportés par des hommes instruits et placés dans des conditions d'observation souvent très-différentes ne peut laisser en doute, ce nous semble, l'action exclusive du père dans l'hérédité syphilitique. Cependant des observateurs distingués ne partagent pas ce sentiment. Bouchut hésite à se prononcer sur ce sujet délicat, il a fini par avouer néanmoins, dans la dernière édition de son livre (1862), qu'il considère cette transmission comme possible.

Vassal (1), Cullerier (2), Notta (3) et Charrier (4) nient l'infection syphilitique par le père. Ils fondent leur opinion sur des faits au nombre de 26, où des pères syphilitiques ont pu procréer un ou plusieurs enfants sains. Je ne chercherai pas ce qu'il peut y avoir de contestable dans quelques-unes des observations rapportées par ces auteurs : la plupart laissent peu à désirer ; mais que prouvent en pareil cas des faits négatifs contre des faits positifs? Rien, si ce n'est qu'un père infecté ne transmet pas nécessairement le mal dont il est atteint. Il y a plus : on voit naître et grandir des enfants sains, dont les deux parents sont ou ont été syphilitiques.

Dans un travail récent où Baerensprung fait connaître le résultat de sa longue expérience relativement au sujet qui nous occupe, nous trouvons 40 cas de transmission héréditaire par le père infecté au moment de la procréation; les mères ne manifestèrent d'accident que dans le cours de la grossesse. Si la plupart de ces faits ne laissent rien à désirer, il en est pourtant quelques-uns qui ne sont pas absolument démonstratifs, à cause du doute qui règne sur le moment exact de l'infection syphilitique chez la femme. J'ai moi-même observé deux fois la syphilis congéniale chez des enfants dont les mères n'avaient jamais rien présenté, et un médecin de mes amis, pratiquant à la campagne, m'a souvent raconté qu'ayant à soigner une

(1) Vassal, *Mémoire sur la transmission du virus vénérien de la mère à l'enfant*. Paris, 1807.

(2) Cullerier, *De l'hérédité de la syphilis* (*Mémoires de la Société de chirurg.*, 1857, t. IV, p. 230).

(3) Notta, *Mém. sur l'hérédité de la syphilis* (*Archiv. de méd.*, V^e^ série, t. XV, p. 272, 1860).

(4) Charrier, *De l'hérédité syphil.* (*Archiv. de méd.*, V^e^ série, t. XX, p. 331, 1862).

femme tout à fait bien portante, dont tous les enfants succombaient peu de temps après leur naissance, il apprit du mari qu'il avait autrefois contracté la syphilis; quant à la femme, elle n'avait jamais présenté aucun accident. Ainsi, le fait de la transmission syphilitique par le père ne peut être mis en doute, il faut l'accepter.

Mais dans quelles conditions et pendant combien de temps cette transmission peut-elle s'effectuer? Plusieurs des faits ci-dessus mentionnés nous apprennent que ce mode de transmission existe tant que le père est porteur de symptômes primitifs et secondaires. Mais qu'arrive-t-il lorsqu'il est exempt de tout accident? Diday cite plusieurs observations de transmission syphilitique dans ces conditions; Baerensprung a rapporté de son côté 14 faits où malgré l'état latent de la syphilis du père au moment de la procréation, l'enfant et la mère furent infectés. Par conséquent, le père sain ou du moins exempt de toute manifestation syphilitique est encore susceptible d'infecter l'enfant qu'il procrée.

Le professeur de Berlin a voulu pousser plus loin l'analyse, et il s'est demandé si, dans ces cas, le degré de gravité était le même pour le fœtus; puis, comparant 16 faits d'une première série d'observations, où le père était sous le coup d'accidents syphilitiques au moment de la procréation, à 14 cas d'une seconde série, où le père était exempt de toute manifestation, il est arrivé à reconnaître que les avortements prématurés sont relativement moins fréquents dans cette dernière série, ce qui semble indiquer une diminution dans la puissance de transmission. Dans une troisième série de faits rassemblés par le même auteur, où la syphilis du père est toujours à la période secondaire, mais affaiblie par le temps et par des traitements antérieurs, le fœtus est encore infecté; la mère, qui jusque-là avait été infectée, cette fois reste saine. Enfin, dans une quatrième série d'observations où sont groupés 8 cas de syphilis tertiaire chez le père, ni la femme ni l'enfant ne sont atteints par la maladie.

De l'examen comparatif des nombreux faits rassemblés par Baerensprung et de ceux qui ont été antérieurement observés, il ressort cette conséquence, que la syphilis du père est transmissible dans le cours des périodes primitive et secondaire, mais qu'elle ne l'est plus dans la période tertiaire; si toutefois elle l'est encore, c'est à un degré beaucoup moindre.

Infection par la mère. — L'influence de la mère dans la transmission

héréditaire de la syphilis est moins contestée que celle du père ; mais, à notre avis, il est douteux qu'elle soit plus puissante. Des faits nombreux, qu'il serait trop long de rapporter ici, établissent cette influence d'une façon péremptoire (1). Sur dix observations de mères infectées les pères restant sains, Baerensprung a observé le plus souvent des avortements multipliés ou des accouchements avant terme. Les effets se sont montrés aussi graves que dans les cas d'infection par le père. Mais si la syphilis de la mère était affaiblie par le temps ou par des traitements antérieurs, les avortements étaient rares, la plupart du temps les enfants venaient à terme et vivants, un certain nombre d'entre eux étaient susceptibles de guérison, la transmission héréditaire se montrait moins intense, comme l'indiquent onze faits relatés par l'auteur. Dans six cas où la mère était affectée d'accidents tertiaires, il n'y eut pas de transmissions héréditaires. Les effets de la syphilis venant de la mère ne diffèrent pas notablement de ceux que produit la syphilis du père.

Infection par le père et la mère. — La transmission de la syphilis est dans cette condition la conséquence logique de ce qui vient d'être dit; elle est prouvée par de nombreuses observations où on a pu la voir donner lieu à des résultats très-graves. Alors les avortements se succèdent dans la même famille et ne cessent que sous l'influence du temps et des bienfaits qui peuvent résulter de l'emploi d'un traitement spécifique. Ce serait pourtant un tort que de croire les enfants toujours voués à une mort certaine. « Deux enfants sains naissent dans les premières années d'un mariage. Après ce temps, la femme est infectée par son mari; les deux conjoints, atteints de syphilis secondaire, sont traités par la décoction de Zittmann et par le mercure. Une année plus tard survient une nouvelle grossesse; l'enfant arrive à terme, reste sain pendant cinq ans; il ne souffre que d'un eczéma. Trois enfants nés depuis sont restés sains (2).

Après ce qui précède, il est inutile d'insister plus longuement sur le

(1) Diday, *Traité de la syphilis des nouveau-nés*, 1854, a rassemblé plusieurs observations qui démontrent l'exactitude de cette assertion. Les nourrices qui ont été infectées par des nourrissons étrangers fournissent à ce sujet des faits irrécusables. Voyez Bertherand, *Précis des malad. vénér.* 1852. — Whitehead, *Transmission de la syphilis des parents aux enfants.* (*Archiv. de méd.*, 1857, t. II, p. 371.) — Bardinet, *De la syphilis hérédit. et de sa transmissibilité.* Mémoire présenté à l'Académie de médec., le 28 déc. 1852.

(2) Baerensprung, *Die hereditäre Syphilis.* Berlin, 1864, p. 149.

mécanisme physiologique de l'hérédité syphilitique. Si le père seul est infecté, il est clair et patent que la transmission a lieu par le sperme ; mais si la mère seule est malade, en est-il encore de même? La question est controversée, et tandis que certains observateurs tels que Cusco et Peter (1) prétendent que le sang est le principal agent d'infection, il en est d'autres qui attribuent uniquement à l'ovule le pouvoir de cette transmission. Nous n'avons aucune preuve directe à apporter à l'appui de l'une ou de l'autre opinion; mais, vu la difficulté d'inoculation du sang et surtout la grande analogie de propriétés et de caractères entre la sécrétion des testicules et celle des ovaires, il y a lieu de croire à l'influence de l'ovule plutôt qu'à l'action du sang. L'hérédité de la syphilis, suivant nous, s'accomplit avant tout par le germe modifié et vicié. Qu'est-ce en définitive que le germe, sinon un élément anatomique, une cellule qui, comme toutes les cellules de l'économie infectée, a subi l'imprégnation du virus (2)? Microcosme de l'être malade, le germe ne peut reproduire qu'un organisme semblable à celui dont il provient; autrement il faudrait renoncer à l'expérience de chaque jour et aux lois les plus générales des sciences naturelles. Ce qui m'a toujours étonné, c'est de voir les médecins, d'accord en cela avec les gens du monde, invoquer l'action du sang pour expliquer le mécanisme de l'hérédité. Évidemment cette erreur ne peut se perpétuer, du moins dans la sphère médicale.

CHAPITRE II

CAUSES PRÉDISPOSANTES ET DÉTERMINANTES.

Après avoir signalé la cause efficiente de la syphilis et avoir fait connaître ses divers modes de propagation, il reste à étudier l'action des influences extérieures et des conditions individuelles relativement

(1) Peter, *Des maladies virulentes.* Thèse de concours pour l'agrégation en médecine. Paris, 1863. Comparez Luys, *Des maladies héréd.* Thèse de concours, Paris, 1863.

(2) Voyez à ce sujet une intéressante communication faite à l'Académie des sciences par l'un de ses membres, M. Coste, communication de laquelle il résulte que la matière colorante particulière à la chair de certaines espèces de la famille des salmonides se trouve dans le contenu des œufs et dans le nouvel embryon; mais si, placées dans des conditions spéciales, ces espèces viennent à perdre cette coloration, les œufs la perdent également, et la chair des produits n'est plus colorée.

à l'apparition, à la forme, à la marche et à l'évolution de la syphilis. Ces circonstances, qui dans l'espèce doivent être regardées comme les causes prédisposantes ou déterminantes de la maladie, sont nombreuses et variées. Nous passerons successivement en revue les influences physiques et climatériques, les influences hygiéniques, puis les influences physiologiques et pathologiques.

INFLUENCES PHYSIQUES ET HYGIÉNIQUES.

Sans action sur la génèse de la syphilis, les agents physiques jouent un certain rôle dans le développement de ses manifestations. Cette influence n'a pas échappé à Hunter, qui avait une certaine tendance à l'exagérer. « Il est certain, écrit-il, que le froid a une action très-puissante sur l'économie animale. Au moins paraît-il avoir une grande influence pour disposer le corps de l'homme à recevoir l'irritation vénérienne et à en manifester promptement les phénomènes morbides (1). »

Le fait est exact ; mais il ne peut donner, comme le voulait Hunter, l'explication de la marche de la syphilis des parties superficielles vers les parties profondes.

Le traumatisme est l'une des causes qui servent le plus à fixer le siége de la détermination anatomique de la syphilis. Duverney (2) attribue la plus grande fréquence des exostoses sur les os superficiellement placés à cette circonstance que ces os sont plus que les autres exposés à l'action de l'air, aux contusions et à des traumatismes divers. Virchow signale cette cause déterminante dans la production des affections du foie. Le fait est qu'on ne peut guère contester cette influence, qui est notée dans plusieurs de nos observations à propos des lésions du foie et d'autres viscères.

A côté de l'action exercée par les agents traumatiques se place l'influence du froid et de la chaleur. « La chaleur, dit Martins (3), favorise l'apparition des syphilides plus que le froid ; l'influence d'une température basse pour nos climats, telle que 3° au-dessus de 0, en

(1) Hunter, *Traité de la maladie vénérienne*, trad. franç. par Richelet. 13e édit., Paris, 1859, p. 585.

(2) Duverney, *Maladies des os*, Paris, 1751, t. II, p. 477-479.

(3) Martins, *Mémoire sur les causes générales des syphilides*. Thèse de Paris, 1838, p. 73.

moyenne, est presque aussi énergique que celle d'une chaleur moyenne de + 16°, puisque les nombres de syphilides produites par ces deux causes sont entre eux comme 3 à 4. Une température moyenne de + 6°,4 paraît plus propre à empêcher leur apparition. L'influence de la température se fait sentir au bout d'un espace de temps très-court, le froid et la chaleur artificiels ont la même influence que la température atmosphérique. »

Ainsi les saisons les plus chaudes comme les plus froides prédisposent également aux syphilides. C'est par leur degré de température évidemment que les bains de vapeur ou les bains simples exercent une action provocatrice sur ces mêmes manifestations ; un exercice violent n'agit pas différemment sans doute. Les climats trop chauds et les climats froids, et tous ceux qui exposent à de brusques transitions de température, sont des conditions peu favorables à la syphilis. Ainsi Daniell accuse la syphilis d'être maligne et grave sur la côte orientale de l'Afrique. Veit, Brocchi, lui ont trouvé les mêmes caractères au Sennaar et Petit dans l'intérieur de l'Abyssinie. Furnari, Deleau, Armand, Daga, ont fait connaître son degré d'intensité en Afrique. Porter dans Sierra-Madre de Saltillo au Mexique, Hunter dans les Antilles, et Bernhard dans l'Amérique centrale. Sigaud et Bibra ont vu cette maladie exercer des ravages considérables au Brésil et au Chili. Lesson a fait connaître son intensité aux Moluques et dans plusieurs des îles de la mer du Sud. Schancks, Mac-Gregor, Leslie, Heymann, se plaignent également de sa malignité dans l'Inde et l'archipel Indien. Monat déclare que dans la présidence du Bengale elle a les mêmes apparences qu'en Europe.

Nous savons, d'un autre côté, la gravité de la syphilis dans le nord de l'Europe, et principalement sur les côtes de la Suède et de la Norwége, dans le nord de l'Allemagne et de la Russie. Rappelons que cette maladie n'est pas moins grave dans le nord de l'Amérique. Par conséquent, les climats froids pas plus que les climats chauds et brûlants ne lui conviennent. Les régions tempérées, celles-là surtout qui offrent un climat peu variable, lui sont beaucoup plus favorables, ainsi qu'il résulte de données fournies par différents auteurs et en particulier par Thiéry pour la province espagnole d'Estramadure, par Ménis pour Brescia, par Quitzman, Rœser, Olympias pour la Grèce ; par Hennen pour les îles Ioniennes ; par Barasch, Oppenheim pour la Turquie, Robertson pour la Syrie, Polak pour la Perse,

Aubert-Roche pour les côtes d'Abyssinie, Pruner pour l'intérieur de l'Égypte.

Toutefois, on aurait tort, de croire que toujours dans ces dernières régions la syphilis se présentera sous une forme bénigne ou peu grave; des conditions autres que le climat peuvent lui imprimer un cachet différent. On la voit prendre une allure sérieuse et revêtir des formes plus graves dans certains ports de mer en apparence des mieux situés au point de vue du climat, tels que Barcelone (Cuynat), Marseille, Naples, etc., et cela sans doute à cause des excès, de l'encombrement, de la malpropreté et de la misère plus grande dans ces localités que dans les villes voisines. En résumé, un climat qui varie peu, dont la température est modérée et à peine différente de celle du lieu où la maladie a été contractée, est celui qu'à l'exemple de Sydenham on doit rechercher de préférence pour les syphilitiques. « La syphilis qui se montre pour la première fois dans un climat quelconque, dit Swediaur (1), est très-violente dans ses effets; mais elle l'est beaucoup plus lorsqu'elle est importée d'un pays chaud dans un climat froid. » La gravité de l'épidémie du quinzième siècle semble appuyer cette manière de voir.

En ce qui concerne la nature des modifications imprimées à la syphilis par tel ou tel climat, l'observation nous apprend que les lésions primitives et secondaires prédominent dans les climats chauds, l'Italie, la Sicile, la Grèce, la Turquie, la Perse, les Indes, etc., tandis que les affections profondes, tuberculeuses ou osseuses, sont relativement plus fréquentes dans les contrées froides, la Russie, la Suède. Ce fait donne, jusqu'à un certain point, la raison de la fréquence des épidémies syphilitiques dans certaines contrées comme l'Italie, ou de la facilité de contagion de la syphilis dans certains pays comme l'Orient (Poyet) et l'Afrique (Daga).

De toutes les influences hygiéniques, la misère et la malpropreté sont peut-être celles qui contribuent le plus puissamment à l'aggravation de la syphilis. C'est en effet à la réunion de ces deux causes que l'on peut rattacher la malignité et l'extension du *scherlievo* sur les bords de l'Adriatique et dans le Tyrol, et de la *radezyge* en Suède. L'agglomération d'un grand nombre d'individus, ce qui ne manque pas, en général, de produire l'immoralité, est une autre

(1) *Traité des maladies syphilitiques*, t. II, p. 67.

condition non moins fâcheuse, et il y a tout lieu de penser que l'encombrement des travailleurs parmi lesquels s'est développée la maladie dite de Ditmarsch n'a pas été sans influence sur sa forme grave. Partant de ces données, on s'explique facilement l'apparition des grandes épidémies de syphilis à la suite des guerres, où la plupart de ces conditions fâcheuses se trouvent réunies. Une alimentation insuffisante ou de mauvaise qualité est aussi, comme le fait remarquer Bassereau, une cause puissante d'aggravation des symptômes syphilitiques. En résumé, l'agglomération d'un grand nombre d'individus, l'immoralité qui en résulte et une alimentation trop souvent disproportionnée aux fatigues, sont autant de causes qui peuvent nous donner la raison de l'extension et de la gravité que prend la syphilis.

Les excès de boissons alcooliques constituent un autre genre de cause occasionnelle remarqué par quelques auteurs. Les excès de vin et de liqueurs, dit Boerhaave, sont contraires aux vérolés. L'observation, écrit Ricord, démontre ce que produit l'abus des boissons alcooliques, dans les temps chauds surtout. Les chancres les plus simples, sous leur influence, deviennent rapidement inflammatoires, et l'inflammation dans certaines régions, aux organes génitaux surtout, dont le tissu cellulaire s'œdématie facilement, amène vite la gangrène (1). Bassereau (2) signale également l'influence fâcheuse des liqueurs spiritueuses auxquelles il attribue, dans certains cas, la précocité des syphilides. Cette influence, nous avons été à même de l'observer dans plusieurs circonstances ; le cas suivant en est un bel exemple.

Un malade que nous traitons depuis plus d'un an, pour une syphilis viscérale (foie, rate et ganglions), se trouvant mieux et se croyant définitivement guéri, pensa qu'il pouvait sans inconvénient se départir de la sévérité de régime que nous lui avions prescrite. Mais voilà qu'à la suite d'une libation un peu prolongée survient une exostose à la partie antérieure du front. Un traitement approprié (iodure de potassium) ne tarda pas à la faire disparaître. Quelque temps après, le malade ne doute plus de sa guérison définitive : nouvelle libation, mais aussi nouvelle exostose vers le même point.

(1) Ricord, *Lettres sur la syphilis*, 3e édit. Paris, 1863, p. 255.
(2) Bassereau, *loc. cit.*, p. 306.

INFLUENCES PHYSIOLOGIQUES.

Ces influences, qui sont multiples, dépendent de l'âge, du sexe et des grands changements physiologiques qui s'opèrent dans l'organisme pendant le cours de l'existence.

Age. — Aucun âge n'est exempt de la syphilis ; depuis la naissance jusque dans la vieillesse la plus avancée, l'homme montre une fâcheuse aptitude à contracter cette maladie. Toutefois, il est des âges où la syphilis est plus commune. C'est dans les premiers jours après la naissance qu'apparaît la syphilis héréditaire, et la jeunesse est l'âge où la syphilis accidentelle est le plus fréquente, parce que c'est l'époque où l'homme s'expose le plus à la contagion.

Sur 158 malades examinés à ce point de vue, Cazenave (1) a trouvé :

De la naissance	à 10 ans,	1 cas (syphilis héréditaire).	
De 10 à	20	2	
De 20 à	30	67	
De 30 à	40	43	
De 40 à	50	27	
De 50 à	60	11	
De 60 à	70	2	

L'influence des sexes est nulle aussi. Quoi qu'aient pu en dire certains observateurs, l'homme et la femme sont également exposés à contracter la syphilis, et s'il y a moins de femmes que d'hommes qui en soient atteints, c'est, comme le démontre Bassereau, parce que le nombre de femmes qui se livrent à la débauche est incomparablement moins grand que celui des hommes.

La constitution et les tempéraments ne prédisposent pas davantage à la syphilis, pas plus qu'ils ne modifient d'une façon notable ses effets ; tel est du moins le résultat des observations de Martins et de Bassereau. On ne peut, dit ce dernier auteur, considérer aucun tempérament, aucune constitution, comme disposant particulièrement à la généralisation des symptômes syphilitiques. L'influence des tempéraments ne se fait véritablement ressentir que sur la forme des symptômes, sur leur marche, leur durée et leur disposition plus ou moins grande à céder ou à résister au traitement.

(1) A. Cazenave, *Traité des syphilides*, p. 521.

Quelle est l'influence des races sur le développement de la syphilis? Un premier point à établir, c'est qu'il n'en est aucune qui soit à l'abri de cette maladie. En effet si, comme le fait remarquer Schleissner, la syphilis n'a jamais pu s'implanter en Irlande, cette immunité ne tient nullement à la race des habitants de ce pays. Il en est de même de l'immunité observée dans certaines tribus de la partie centrale de l'Afrique, dont la race, suivant Livingstone, n'a pas été croisée, puisque cette immunité ne s'étend pas sur toute la race nègre, et qu'au contraire la syphilis exerce d'affreux ravages parmi les noirs de la côte occidentale de l'Afrique et dans les pays situés à l'est du Soudan. Cela n'a du reste rien d'étrange quand on sait que des individus privilégiés peuvent impunément s'exposer à la contagion. Ce fait est depuis longtemps connu, puisqu'il était déjà noté à une époque où la syphilis sévissait avec intensité. J. Catanée écrit en effet : « Vidi tamen complures concubitus immundarum non recusantes, et in sordes venereas sese præcipitantes qui tamen nullam inde infectionem hauserunt (1). » Relativement à l'influence de la race sur la forme ou la gravité du mal, l'observation nous apprend que dans les pays où les races vivent entremêlées, et notamment dans les régions tropicales de l'Asie et de l'Amérique, il n'y a pas à cet égard de différence notable; mais néanmoins il ressort des faits observés en Turquie par Rigler, que la destruction du pharynx est plus fréquente dans les races de couleur. Pruner fait remarquer que dans les pays orientaux, et principalement en Égypte et en Arabie, la tendance aux éruptions érythémateuses, vésiculeuses et squameuses, est proportionnelle à la finesse et à la blancheur de la peau. Par contre, les éruptions serpigineuses, verruqueuses, les nodus, sont plutôt des formes spéciales aux individus dont la peau est épaisse, comme les Égyptiens et les Abyssiniens. Chez ces derniers, les syphilides ont une grande ressemblance avec le pian. Les taches et les cicatrices sont d'ailleurs d'autant plus foncées ou d'autant plus noires chez les individus, que leur peau est plus fortement colorée.

Je n'aurais plus rien à ajouter touchant l'influence des races, si dans ces derniers temps on n'avait émis l'idée que la syphilis peut être aggravée par la transmission d'une race à une autre : « Que l'on

(1) *De morbo gallico tractatus*, 1504.

vienne à renouveler le virus, dit G. Gauthier (1), en allant le puiser à des sources éloignées chez des sujets d'une autre race, habitant un autre climat, soumis à une hygiène différente, on verra de suite la maladie reprendre une intensité surprenante, et les accidents les plus insignifiants redevenir très-sérieux. » Cette proposition repose sur ce que dans les ports de mer de la Chine, et peut-être aussi dans quelques autres, la syphilis est plus fréquente et plus intense chez les matelots et les soldats qui viennent y relâcher. Mon intention n'est pas de contester cette opinion, après ce qui a été dit plus haut touchant la gravité de la syphilis dans les ports de mer. Mais n'est-ce pas là un problème complexe ? N'y a-t-il pas, à part la race, des conditions particulières susceptibles de contribuer à l'aggravation du mal? Le passage d'une localité dans une autre dont la température n'est pas la même, le défaut d'acclimatation et souvent aussi l'intempérance, voilà, ce nous semble, autant de circonstances qui ont leur influence et qui nous paraissent avoir dans l'espèce une importance beaucoup plus grande que le fait de la transmission du virus entre des individus de race différente.

La puberté chez l'homme et chez la femme, la grossesse et la ménopause chez cette dernière, sont des circonstances qui ici, comme dans la plupart des maladies, jouent fréquemment le rôle de causes occasionnelles. La puberté est une époque où ne manquent guère de se manifester les cas de syphilis héréditaire tardive. La grossesse est d'autre part un moment où manquent rarement d'apparaître les accidents secondaires chez les femmes récemment infectées. Une malade par nous observée, et qui s'était trouvée infectée peu de temps avant de devenir enceinte pour la première fois, eut six grossesses, et à chacune des quatre premières elle vit apparaître des plaques muqueuses ou des syphilides, et parfois ces deux variétés d'accidents. Les faits de ce genre sont nombreux, et pour s'en convaincre il suffit de lire les observations rapportées par les auteurs ; on y voit que la plupart des femmes infectées avant la grossesse ne manquent guère de manifester à ce moment les atteintes de la syphilis. De même que la phthisie, la syphilis se réveille sous cette influence. Toutefois, si la grossesse n'est en général qu'une cause déterminante,

(1) G. Gauthier, *Deux années de pratique médicale à Canton (Chine)*. Thèse de Paris, 1863.

l'accouchement peut être une cause aggravante, et il est possible que la syphilis prenne à sa suite des allures plus accentuées et plus sérieuses. Suivant Cullerier neveu (1), les accidents syphilitiques sont généralement moins graves pendant le cours de la gestation, l'infection qui peut avoir lieu en même temps que la conception reste quelquefois cachée pendant toute la grossesse, et ne se montre à découvert qu'après l'accouchement. Quoi qu'il en soit, Hunter, Nisbett, Fréteau, Swediaur, Biett, Cazenave, Gibert, Rayer, Alibert, Martins, assurent qu'une syphilis, qui a été latente pendant un temps plus ou moins long, se traduit tout à coup par une éruption à l'occasion d'une grossesse, de l'accouchement, de l'époque menstruelle, ou de la cessation des règles. Ainsi, la menstruation et surtout la ménopause agiraient dans le même sens que la grossesse et l'accouchement, et, comme ces deux états, elles tendraient à favoriser l'apparition des lésions syphilitiques. « La maladie vénérienne, dit Cullerier (2), se montre souvent au retour d'âge, après avoir été assoupie pendant de longues années, quelquefois même pour la première fois. On a remarqué qu'elle était alors très-opiniâtre, et c'est le plus ordinairement sous forme d'ulcères à la gorge et aux fosses nasales qu'elle se manifeste ; on voit aussi paraître les affections de la peau et des os.

INFLUENCES PATHOLOGIQUES.

Le moindre dérangement dans la constitution, selon Hunter, est une cause suffisante pour la manifestation de la syphilis. Aussi, à propos d'un malade qui avait eu pour la première fois des symptômes consécutifs, en août 1781, et qui fut repris en juin 1782, à la suite d'une maladie appelée *influenza*, il affirme que certainement la période eût été plus longue, si la fièvre n'eût point déterminé cette seconde explosion. Fréteau et Swediaur, Biett et Alibert s'accordent également à reconnaître l'influence des maladies aiguës sur le développement des affections syphilitiques, et Martins conclut dans le même sens. Bassereau, toutefois, n'a pas entièrement vérifié ce résultat; les cas qu'il a analysés lui ont appris que les maladies intercurrentes qui ont pu débiliter l'organisme à une époque voisine de la

(1) *Journ. génér. de méd., de chirurg. et de pharm.*, t. LX, p. 343; 1817.
(2) *Loc. cit.*

contagion ne peuvent être considérées comme des causes déterminantes de la généralisation des accidents syphilitiques dans l'économie. Cependant il est difficile de refuser aux fièvres éruptives, surtout à la variole et à la vaccine, le pouvoir de mettre en éveil les manifestations de la syphilis. Bamberger (1) rapporte deux cas où l'influence d'une poussée variolique sur l'apparition de lésions syphilitiques est peu contestable ; Friedenger et Viennois (2) ont observé des faits analogues, relativement à la vaccine, et ce dernier auteur a eu soin d'en faire comprendre toute la portée au point de vue du diagnostic de la syphilis vaccinale. Ce n'est pas du reste uniquement dans la syphilis que les fièvres éruptives ont le triste privilége d'agir comme causes occasionnelles; il est d'autres maladies, et particulièrement la scrofulose et la tuberculose, dans lesquelles elles ne se comportent pas différemment.

De même que les perturbations physiques, physiologiques et pathologiques, les perturbations morales viennent parfois mettre en évidence les déterminations de la syphilis restée jusque-là à l'état latent. A ce genre d'influence on peut joindre la nécessité où se trouvent un grand nombre d'individus de se marier à un âge déjà avancé. La conscription militaire, qui conduit à ce résultat, n'est certes pas sans inconvénient à ce point de vue. Ajoutons enfin que l'oisiveté des soldats et d'un trop grand nombre de jeunes gens, doit être regardée aussi comme une cause prédisposante de la syphilis, et par cela même comme une cause de déchéance pour l'espèce.

(1) Voir *Gaz. hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 1858, p. 390.

(2) *De la transmission de la syphilis par la vaccination* (*Archiv. méd.*, juin 1860, p. 647), et *de la Syphilis vaccinale*. Paris, 1865, p. 227.

CINQUIÈME PARTIE

THÉRAPEUTIQUE

Guérir est le devoir du médecin, prévenir le mal est son but suprême. La syphilis, comme toute maladie, a nécessairement ses moyens préventifs et ses moyens curatifs : voyons quels ils sont dans l'espèce.

CHAPITRE PREMIER

PROPHYLAXIE.

§ 1. — Hygiène publique.

GARDANNE, Traitement des maladies vénériennes. Paris, 1770. — BOURRU, Moyens les plus propres à éteindre le mal vénérien. Paris, 1771. — RESTIF DE LA BRETONNE, Le Pornographe. — MARC, Dictionnaire des sciences médicales, art. COPULATION. — FODÉRÉ, ibid., art. MAISON. — F. S. RATIER, Police médicale contre la propagation de la syphilis (Annales d'hygiène publ. et de méd. légale, 1836, t. XVI, p. 262. — PARENT-DUCHATELET, De la prostitution dans la ville de Paris. Paris, 2e édit., 1837; 3e édit., 1857. — VLEMINCKX, Des mesures adoptées et réalisées en Belgique contre la propagation des affections vénériennes. Voyez Gaz. méd. de Paris, p. 1, 1846. — DIDAY, Gaz. méd. de Paris, 1847, 1849, 1850, et Exposition critique et pratique des nouvelles doctrines sur la syphilis. Paris, 1858, p. 501 à 555. — W. ACTON, Prostitution considered in its moral, social and sanitary aspects. London, 1857; De la prostitution considérée au point de vue de l'hygiène publique, Annales d'hygiène et de médecine légale, traduct. franç. de Guérard, t. XLVI, 1850, p. 39. — SANDOUVILLE, Des mesures administratives à prendre dans le but d'empêcher la propagation des maladies vénériennes (Annales d'hygiène et de médecine légale, t. XLVI, 1851, p. 72). — DAVILA, De la prophylaxie de la syphilis. Thèse de Paris, 1853. — BOUCHUT, Traité des maladies des nouveau-nés, 1855, p. 820. — HUTCHINSON,

De l'influence qu'a la circoncision de préserver de la syphilis (Medical Times and Gaz., 1856, et Gaz. méd., 1856), p. 589. — Richelot, De la prostitution en Angleterre et en Écosse, in Précis hygiénique, statistique et administratif sur la prostitution dans les principales villes de l'Europe. Paris, 1857. — Gustave Lagneau, Mémoire sur les mesures hygiéniques propres à prévenir la propagation des maladies vénériennes (Annales d'hygiène et de médecine légale, 2e série, 1855, t. IV, p. 317; 1856, t. V, p. 21 et 241). — A. Fournier, De la contagion syphilitique. Thèse de Paris, 1860. — F. Jeannel, Mémoire sur la prostitution publique, etc., 1re édit., Paris, 1862; 2e édit., 1865. — Amil. Ricordi, Sifilide da allattamento, etc., Milano, p. 173. — Goulhot de Saint-Germain et Dupin, Discours au Sénat. Paris, 1865. — Huet, Sur les règlements de la prostitution en Hollande (Nederl. Tijdschr, juin 1865).

Dès les temps les plus reculés, législateurs et médecins ont compris la nécessité d'intervenir pour tempérer les ravages produits par les maux vénériens. Depuis longtemps aussi on a essayé de réglementer la prostitution.

L'unique préoccupation de l'antiquité à cet égard fut de veiller à la propreté et à la toilette des prostituées, à l'entretien luxueux et au confortable des maisons publiques. Au milieu du libertinage effréné de l'empire, Rome ne cherche pas autrement à prévenir les effets de la débauche. Toutefois, sous le règne de Constantin, des deux Théodose et de Justinien, des lois sévères sont rendues pour refréner la prostitution. Ces lois sont prohibitives, elles ordonnent la confiscation des meubles, des vêtements, de la maison; elles condamnent au fouet, au bannissement, etc. Tout, dans cette législation draconienne, dit Parent Duchâtelet, annonçait de bonnes intentions, mais une ignorance complète de ce qui regarde les mœurs, les habitudes et le régime des prostituées. Les Capitulaires de Charlemagne offrent chez nous le premier exemple de cette sévérité excessive; mais, pendant les quatre siècles qui suivirent, toute mesure fut abandonnée malgré l'immoralité la plus grande. A son retour de la Palestine, saint Louis essaya de porter remède à un tel état de choses par une ordonnance prohibitive; mais s'apercevant plus tard qu'il n'avait fait qu'aggraver le mal, il en arriva à tolérer la prostitution que l'expérience lui avait appris ne pouvoir être détruite, il chercha à la régulariser pour diminuer le scandale et atténuer les maux dont elle est la cause. Dès lors des endroits spéciaux furent désignés aux prostituées. Avignon, Toulouse et beaucoup d'autres villes eurent, comme Paris, Venise, et

Londres, leurs quartiers de prostitution et des règlements particuliers à l'égard des prostituées.

Lors de l'épidémie du quinzième siècle, on s'attacha à éloigner de toute société, même de celle des lépreux, les individus convaincus d'être atteints de syphilis. La séquestration des vérolés fut le régime de cette époque. Les riches étaient contraints de s'emprisonner dans leurs demeures, les pauvres étaient chassés et menacés de mort, abandonnés même des médecins, qui se voyaient impuissants à combattre leur mal : « Pauperes hoc malo laborantes expellebantur ab hominum conversatione, tanquam purulentum cadaver ; derelicti a medicis (qui se nolebant intromittere in curam) habitabant in areis et silvis (1). » Une mesure rigoureuse adoptée tout d'abord à Strasbourg en 1495, et qui reçut, le 6 mars 1496, la sanction du parlement de Paris, est la suivante, qui fut prononcée le 6 mars 1496 : « Premièrement sera fait cry publique d'après le roy, que tous les malades de cette maladie de grosse vérole étrangers tant hommes que femmes, qui n'estoient, etc... partent hors de cette ville de Paris ès pays et lieux dont ils sont natifs, ou là où ils faisoient leur résidence quand cette maladie les a pris, ou ailleurs où bon leur semblera, sur peine de la hart... »

Une ordonnance de Jacques IV d'Écosse, du 22 septembre 1497, oblige également les personnes infectées de *grand gor* de sortir d'Édimbourg, sous peine d'être marquées, sur la joue, avec un fer rouge, afin qu'on puisse les reconnaître à l'avenir.

Voyer d'Argenson en 1714, et Berrier en 1747, tous deux lieutenants de police, eurent les premiers à Paris l'intention de soumettre les prostituées à une visite sanitaire. En 1762, Aulas demande que les dames de maison de tolérance soient rendues responsables de l'état sanitaire de leurs filles et que toutes, sans exception, soient assujetties à des visites continuelles faites par des chirurgiens attachés à la police et sous la direction d'un chirurgien major. Gardane en 1770, et Bourru en 1771, émettent chacun le vœu qu'on établisse soit des bureaux publics, soit des hôpitaux spéciaux pour le traitement des maladies vénériennes.

En 1778, paraît l'ordonnance fameuse du lieutenant de police Lenoir, ordonnance à laquelle l'administration actuelle recourt en-

(1) Laurent Phrisius, *De morbo gallico liber, Aphrodisiacus*, t. I, p. 346.

core lorsqu'il s'agit de prendre des mesures énergiques. Néanmoins, malgré sa sévérité, cette ordonnance, mal exécutée du reste, n'améliora pas l'état des choses. Sous la république, le besoin d'une organisation définitive se faisant de plus en plus sentir, on s'inquiéta tout particulièrement des moyens à opposer à la contagion ; c'est alors qu'un chirurgien de Paris proposa d'établir (1800) dans chaque arrondissement un local où toutes les femmes seraient tenues de venir se faire visiter deux fois par semaine, et dans lequel on retiendrait celles qui, reconnues malades, devraient être dirigées sur les hôpitaux. En 1802, un dispensaire de salubrité fut créé dans ce but à Paris. En 1811, il fut organisé avec plus de soin, et on ne tarda pas à reconnaître les avantages de cette mesure. Bientôt en effet on vit des dispensaires analogues s'établir dans les grands centres de population, et ainsi s'organisa en France un système de prophylaxie que l'on tend à perfectionner de jour en jour. Ces mesures toutefois ne parurent pas suffisantes à tous les médecins ; quelques-uns demandèrent l'application des visites sanitaires aux hommes. Ratier émit le vœu de voir ces visites mises à exécution dans les corps en garnison des grandes villes, et proposa de rendre plus fréquente l'inspection des femmes. La Belgique, en cela, prit l'initiative. La visite des filles, des servantes et des matrones, y fut faite deux fois par semaine et soumise à un inspecteur-contrôleur dans le but de prévenir la propagation de la syphilis dans l'armée. En outre, le docteur Vleminckx recommanda de ne traiter aucun soldat dans les casernes et demanda que celui-ci fût obligé de désigner la femme qui l'avait infecté. Les mesures que fit adopter cet éminent inspecteur eurent des résultats tels, que, en 1846, il n'y avait à Bruxelles que 1 vénérien sur 190 soldats, lorsque à Strasbourg la proportion, d'après Berthe-rand, était de 1 sur 33, et à Lyon, suivant Sandouville, de 1 sur 40, encore ce chiffre était-il inférieur à la réalité, puisqu'un grand nombre de soldats se faisaient traiter à la chambrée.

Telle a été la marche du progrès en fait de prophylaxie syphilitique. En somme, les mesures à prendre demandent à être examinées chez les hommes, chez les femmes, les prostituées surtout, et enfin chez les nourrices et les nourrissons.

MESURES RELATIVES AUX HOMMES.

La prophylaxie générale ne sera complète, dit Aug. Vidal (1), que si l'on parvient à empêcher la propagation du mal par les hommes. Restif de la Bretonne, Marc, Ratier, Diday, Acton, Sandouville, Davila, G. Lagneau, regardent comme chose utile de soumettre les soldats et les marins à des visites sanitaires. Selon Marc, on ne devrait choisir en temps de paix, pour être cantonnés dans les campagnes, que des hommes dont l'état de santé aurait été préalablement constaté; n'accorder de semestres qu'autant qu'on aurait pris la même précaution, et ne donner de congé absolu, en cas de maladie vénérienne, qu'après une guérison complète. Davila est d'avis qu'il ne faut permettre à aucun marin national ou étranger, de descendre à terre sans qu'il ait été auparavant visité. « L'utilité de la visite des marins, dit G. Lagneau, n'est pas douteuse, et son exécution n'est peut-être pas complétement impossible, puisqu'on oblige bien à une quarantaine les individus venant de pays où la peste existe. » Quant aux soldats, nous avons indiqué les bénéfices que tirait la Belgique des règlements auxquels elle les soumet, et la France, sans aucun doute, pourrait tirer le même profit de l'application de ces règlements.

Ces mesures de précaution sont plus difficilement exécutables vis-à-vis des ouvriers, de ceux même qui travaillent dans les ateliers de l'État. Cependant en Allemagne, selon Davila (2), les ouvriers de quelques grandes manufactures sont visités chaque mois par un médecin qui constate s'ils ne présentent pas des maladies contagieuses. Nous avons dit que les ouvriers des verreries établies dans le voisinage de Lyon ont de leur propre chef demandé des visites à dessein de se garantir d'une contagion susceptible de les atteindre. A la rigueur donc, ce serait peu attenter à la liberté individuelle que de soumettre à des visites sanitaires les nombreux ouvriers employés aux mines; ces visites et beaucoup d'autres seraient tout au moins utiles pour la généralité. Mais là ne doivent pas s'arrêter, suivant quelques médecins, les mesures à prendre à l'égard des hommes.

Dès l'année 1430, d'anciens règlements (3) prescrivaient aux per-

(1) Aug. Vidal, *Traité des malad. vénér.* Paris, 1855, p. 573.
(2) *Loc. cit.*, p. 23.
(3) Lagneau, *loc. cit.*, p. 62.

sonnes chargées des maisons publiques à Londres de faire visiter non-seulement les prostituées, mais aussi les hommes les recherchant, et quelques syphilographes depuis lors ont pensé que le moyen d'atteindre la syphilis dans ses sources serait de faire subir une visite aux hommes qui se livrent aux prostituées. Diday, qui s'est beaucoup occupé de tout ce qui concerne la prophylaxie de la syphilis, demande qu'un règlement de police oblige les directrices de maisons de tolérance à examiner les hommes qui se présentent chez elles et à ne leur permettre l'entrée de leur établissement qu'autant qu'elles les auraient reconnus sains. Cette mesure depuis longtemps mise à exécution à Hambourg (1), malgré les difficultés de son application, paraît donner de bons résultats.

Bourru, il y a bientôt un siècle, réclamait la punition sévère de ceux qui ne se font pas scrupule de communiquer la vérole et d'infecter une multitude de personnes. Une punition est alors, on le conçoit, de toute justice. Si des indemnités considérables sont quelquefois, et avec juste raison, allouées à des nourrices contaminées par des enfants syphilitiques, pourquoi une amende ne serait-elle point infligée à l'individu qui volontairement transmet la maladie dont il se sait atteint ? J'admets qu'une semblable mesure pourrait entraîner à sa suite des accusations in justes, mais elles seraient faciles à découvrir, et rien n'empêcherait de faire retomber la punition sur l'accusateur. Visites sanitaires et punitions, tels sont, en définitive, les moyens qu'une administration intelligente pourrait à la rigueur opposer à la contagion syphilitique par les hommes.

MESURES RELATIVES AUX PROSTITUÉES ET AUTRES FEMMES.

« Pour atténuer présentement les ravages de la syphilis et la faire disparaître probablement par la suite, écrit Parent-Duchâtelet, la première, la plus indispensable des conditions, est de surveiller la santé des individus qui se trouvent dans les conditions les plus favorables pour la propager ; ces individus sont évidemment les prostituées. » La prostitution, voilà la grande source de la syphilis. Un relevé sta-

(1) Voyez Parent-Duchâtelet, *De la prostitution dans la ville de Paris*. 3e édition Paris, 1857.

tistique de Puche et Fournier (1) nous apprend que sur 873 cas de syphilis transmise il y a :

Filles publiques	625
Prostituées clandestines	46
Filles entretenues, actrices, etc.	52
Ouvrières	100
Domestiques	26
Femmes mariées, femmes des malades.	24
	873

Bien que le chiffre relatif des prostituées soit ici vraisemblablement un peu élevé en raison de conditions particulières, puisqu'il s'agit d'observations faites dans des hôpitaux spéciaux où abondent les filles publiques, la prostitution n'est pas moins l'une des plus fréquentes causes de la syphilis; c'est aussi l'une de celles auxquelles il est possible de porter remède.

En France, la manière dont se font les visites n'est pas la même dans les diverses villes. A Paris, les filles de maison sont vues toutes les semaines, les filles dites en carte sont visitées deux fois par mois, le spéculum est employé une fois sur deux. A Bordeaux, les visites ont lieu tous les quinze jours, et l'emploi du spéculum est l'exception; à Marseille et à Reims, elles se font toutes les semaines. Absence de législation absolue, insuffisance des visites, comme le prouve l'observation journalière, voilà ce que l'on peut reprocher à cette organisation. Effectivement, on est forcé de reconnaître que, sous ce rapport Bruxelles et Hambourg ont le pas sur Paris. Dans ces deux villes, les filles publiques subissent deux visites par semaine, et le spéculum est toujours obligatoire.

D'ailleurs, le nombre par trop considérable des filles à examiner, et le peu de temps qu'il est possible de consacrer à chacune d'elles, sont un inconvénient qui tend à rendre pour ainsi dire illusoires nos mesures sanitaires. Ajoutons que l'examen ayant lieu peu de temps après l'arrivée des filles aux dispensaires, celles-ci ne manquent pas toujours de faire disparaître par des lotions ou des injections astringentes le produit de sécrétion révélateur de la lésion contagieuse. Aussi, dans ces conditions, n'obtient-on jamais qu'une sécurité tout à fait relative.

(1) Alfred Fournier, *De la contagion syphilitique.* Thèse de Paris, 1860.

Des réformes nombreuses ont été proposées, et l'une des principales est l'accroissement du nombre des visites médicales. Ricord, Ratier, Sandouville, Davila, estiment que ces visites devraient avoir lieu tous les trois ou quatre jours; mais, sans doute, cet intervalle de temps est encore trop long, si on veut combattre sérieusement le mal et chercher à le faire disparaître entièrement. Ce n'est pas assez du rapprochement des visites; il importe d'empêcher les fraudes, d'éviter tout ce qui peut apporter des difficultés au diagnostic médical, et, pour cela, il n'y a que le moyen de garder les femmes pendant quelques heures dans un local spécial. Un point essentiel, et sur lequel ont déjà insisté Guichard et Davila, est de faire porter l'examen, non-seulement sur les organes génitaux, mais aussi sur la peau, la bouche, la gorge, l'anus, etc. Depuis qu'il est avéré que les accidents secondaires sont contagieux et qu'ils infectent plus fréquemment peut-être que l'accident primitif, cet examen est devenu indispensable. De même, dans les hôpitaux, un point important est de ne pas livrer à elles-mêmes les prostituées aussitôt après la disparition de l'accident primitif, car, lorsque survient la période des accidents secondaires, ces femmes deviennent une source nouvelle de contagion. Que faire? « Deux moyens se présentent, dit A. Fournier, ou bien interner et traiter toute prostituée syphilitique pendant un temps assez long pour que sa guérison puisse s'assurer dans les limites du possible, ou bien, après un temps plus ou moins long, rendre la liberté à cette fille, mais en exerçant sur elle une surveillance spéciale. Ce second moyen, le plus facilement applicable dans l'espèce, exigerait que cette fille se rendît tous les deux ou trois jours dans un dispensaire ou chez un médecin désigné; après quoi, si elle était reconnue malade, elle serait envoyée dans un hôpital. »

De semblables mesures sont applicables aux filles libres en carte. Relativement aux ouvrières et aux femmes mariées, la chose est difficile; mais il suffit d'atteindre le mal à sa source, c'est-à-dire dans les maisons de prostitution. Du reste, la punition appliquée à l'homme qui, volontairement, vient à transmettre la syphilis à une pauvre ouvrière, serait un puissant adjuvant. Donc, surveiller soigneusement les prostituées et les filles en carte, les obliger à se soumettre tous les deux jours au moins à une visite sévère, retenir toutes celles qui sont suspectes et ne leur rendre leur liberté, en cas de syphilis incontestable, qu'autant qu'elles auront franchi la période des accidents se-

condaires; telles sont les mesures indispensables pour diminuer la fréquence de la syphilis, sinon pour mettre un terme à son existence. Il importe en effet de savoir que la syphilis cessera définitivement le jour où on parviendra à soumettre la prostitution à des règles partout suffisamment sévères.

MESURES RELATIVES AUX NOURRICES ET AUX NOURRISSONS.

Les longs développements donnés plus haut à la contagion syphilitique par l'allaitement indiquent toute l'importance de la question d'hygiène dont il s'agit. A ce point de vue, une double surveillance est nécessaire, ainsi que l'ont fait remarquer Cullerier et Bard (1), car si la bouche d'un enfant peut infecter une nourrice, le sein d'une nourrice peut aussi infecter l'enfant.

La nourrice exige un examen approfondi. Non-seulement les seins, la bouche, le pharynx, les ganglions cervicaux, mais encore les parties génitales, sont à visiter. Rosen donne le sage conseil d'examiner en outre le nourrisson précédemment allaité. Observateur exact et précis, il savait que la syphilis que transmet la nourrice est due le plus souvent à un premier nourrisson héréditairement infecté. Alors le médecin, qui ne peut trop se précautionner contre la duperie, n'oubliera pas qu'une nourrice qui aurait intérêt à tromper pourrait fort bien présenter un nourrisson qui ne serait pas le sien.

Dans le but de prévenir ce mode de contagion, on a songé à l'établissement des bureaux de nourrices (2). Mais ces bureaux demanderaient à être surveillés, et il conviendrait de multiplier ceux d'entre eux qui dépendent de l'assistance publique. Lagneau demande la création de bureaux particuliers où il serait défendu de présenter une femme, si elle n'avait pas auparavant été soumise à une visite minutieuse qu'attesterait le certificat du médecin. Dans ces établissements, ainsi soumis à une surveillance sanitaire, on pourrait aussi refuser les enfants suspects, dit Bouchut, pour prévenir l'infection des nourrices mercenaires. De cette façon, les nourrices saines, de même que les parents d'enfants, reconnus sains, auraient intérêt à s'y présenter.

(1) Cullerier et Bard, *Dictionn. des sciences méd.*, Paris, 1821, t. LIV, art. SYPHILIS, p. 144.

(2) Voyez Marc, *Dictionn. des sciences méd.*, Paris, 1813, t VI, p. 305, art. COPULATION.

L'obligation d'examiner les enfants qui doivent être envoyés en nourrice n'est pas chose nouvelle. En 1775, la Faculté de médecine de Paris proposa d'imposer aux accoucheurs et aux sages-femmes l'obligation de désigner les enfants vérolés, et de leur attacher au bras, avant de les livrer aux nourrices, un billet qui indiquerait leur état ainsi que celui de leurs parents (1). Parent-Duchâtelet (2) voulait que l'on s'assurât de l'état de santé des enfants de soldats avant de les livrer aux nourrices. Lagneau demande si on ne pourrait pas aussi soumettre les enfants nouveau-nés à des visites médicales faites, soit lors de la déclaration à la mairie, soit un ou deux mois après la naissance. La famille, dans ces conditions, recevrait du médecin un certificat que tout directeur d'un bureau de nourrices serait obligé de demander avant de présenter une femme pour allaiter l'enfant. Le directeur enfin exigerait encore une surveillance par le médecin de la localité où l'enfant serait envoyé. A ce dernier point de vue, Ricordi (3) émet le vœu d'une réglementation que je ne puis qu'approuver : donner la charge aux médecins de visiter deux fois par semaine tous les enfants allaités qui arrivent dans la circonscription de leur juridiction; établir une ligne sanitaire pour empêcher la propagation de la contagion toutes les fois qu'elle se serait développée chez un de ces enfants. Enfin, l'arrivée dans un pays d'un enfant en nourrice devrait être notifiée au syndic (maire), qui en avertirait le médecin. Que deviendront alors ces malheureux êtres porteurs d'une maladie dont les parents sont les auteurs? S'il est avéré que la mère est syphilitique, rien ne s'oppose, sa santé le lui permettant, à ce qu'elle allaite son enfant. Dans le cas contraire, l'enfant devra être nourri artificiellement, comme font, d'après Diday, les femmes auxquelles les hospices confient des enfants vénériens, soit simplement avec les biberons ordinaires, soit avec le tire-lait à mamelon du professeur Wurzer. A l'aide de ce mamelon, l'enfant suce le lait au fur et à mesure que la nourrice en fait l'extraction par un tube dont l'instrument est muni (4).

De toute façon, les nourrices doivent être prévenues du danger

(1) Marc, *loc. cit.*, p. 303, et Lagneau, p. 269.

(2) Voyez encore *Journ. de médecine*, *de chirurgie*, *de pharmacie*, etc., t. LXXVI, p. 494, 1788.

(3) *Sifilide da allattamento*. Milano, 1865.

(4) Voyez Lagneau, *Ann. d'hyg. publ. et de méd. légale*, 2e série, t. V, p. 274.

qu'elles peuvent courir aussi bien que leurs enfants et les personnes qui les fréquentent. Il importe que leurs mamelons soient cautérisés toutes les fois qu'ils viendront à s'excorier, et tout contact avec une partie ulcérée du nourrisson sous le coup de manifestations de la syphilis sera soigneusement évité.

Une question du plus haut intérêt, et sur laquelle tout médecin doit répondre au moins une fois dans sa vie, se présente enfin. Un individu, atteint de syphilis et désireux de se marier, demande s'il est ou non exposé à procréer des enfants malades. La réponse à une semblable question est, on le conçoit, des plus délicates, car s'il s'agit, d'une part, de prévenir la procréation d'une descendance dégénérée, il importe, d'autre part, d'éviter de nuire à un établissement qui peut être le bonheur de toute la vie. Suivant Diday, tout individu affecté de syphilis primitive ou constitutionnelle, s'il n'a subi aucun traitement général, doit être déclaré inhabile au mariage. C'est là pour moi, dit ce médecin (1), un devoir de conscience, une prohibition à la rigueur de laquelle je n'admets ni infraction ni concession. Aujourd'hui qu'il sait que la syphilis peut guérir sans traitement, le grand syphilographe lyonnais ne tiendrait pas, ce me semble, un langage aussi absolu ; c'est qu'en effet il y a, en pareil cas, des distinctions à établir. Certainement le devoir d'un médecin est de défendre le mariage toutes les fois que l'accident primitif et des accidents secondaires existent ; mais, si plusieurs années se sont écoulées depuis la cessation de ces accidents, et si le malade, bien rétabli, jouit d'une santé parfaite, bien qu'il ne soit pas toujours prudent de conseiller le mariage, on ne peut cependant pas le prohiber d'une manière absolue, car les chances de guérison sont plus nombreuses après des accidents multiples que s'il n'y avait eu qu'un chancre induré. Dans le cas de manifestations tertiaires, le médecin doit avant tout traiter le malade, sauf à autoriser plus tard le mariage, si la guérison lui paraît assurée.

Au demeurant, la prudence du médecin ne peut être trop grande dans de semblables circonstances où, en l'absence de signes certains, l'affirmation de la guérison devient toujours impossible.

(1) *Traité de la syphilis des nouveau-nés, etc.*, 1855, p. 330.

§ 2. — Hygiène privée.

L'hygiène privée des maux vénériens, autant que l'hygiène publique, a depuis longtemps préoccupé les législateurs et les médecins. Il est peu de traités médicaux qui n'en disent au moins quelques mots. Celse en parle très-longuement, Lanfranc (1290) conseille de laver la verge avec de l'eau vinaigrée comme moyen prophylactique contre les affections qui prennent naissance à la suite de rapports avec les femmes malpropres ou malsaines. Arnaud de Villeneuve, Guillaume de Salicet, Nicolas Massa préconisent ce même moyen (1). Fracastor célèbre dans son poëme le jus de citron alors fréquemment employé. G. Fallope vante les lotions avec des liquides vulnéraires, du mercure et du gayac. Les décoctions aromatiques et alcooliques sont aussi employées par quelques médecins. En 1690, Ettmuller conseille de se laver avec de la térébenthine mêlée au vin. Plus tard, Mahon recommande pour le même usage une solution d'alun. Waren conseille, avant l'entrée en matière, des onctions avec une pommade astringente, et après, des lotions et des injections avec une lessive alcaline. Gardanne (1772) propose un préservatif composé d'eau de chaux, d'alcool et de sublimé corrosif. Peyrilhe, Hunter, Fordyce, etc., recommandent, à l'exemple de Waren, les lotions alcalines. Suivant Langlebert, Luna Calderon (2) aurait trouvé un préservatif dont la composition restée inconnue est une chose très-regrettable. En 1828, Coster conseille l'emploi du chlore et les préparations chlorurées. Ricord recommande la plupart des substances ci-dessus indiquées, et même les lotions chlorurées; les acides, les alcalis, étendus d'eau, l'alcool, le vin, la solution de sulfate de zinc et de sulfate de plomb lui ont paru offrir quelque utilité, mais à la condition que le pus virulent n'ait pas encore pénétré dans les tissus. Langlebert préconise un liquide qui est une sorte de composé des précédents; c'est un mé-

(1) « Si vero quis cum infecta muliere coire voluerit, quod fatuum est, lavetur vulva cum vino aut aceto, et membrum virile cum aceto..... » Ces lavages constituaient la pratique à suivre avant l'acte; voici la conduite à tenir après l'acte : « Quod si forte quis cum muliere infecta coiverit, laventur partes illæ post coitum cum vino albo calido, vel cum aceto, quod magis mihi placet, ut fiat confortatio membri et prohibitio corruptionis ad illam malam qualitatem, et sic stet in suo robore membrum confortatum. » Nic. Massa, *De morbo gallico* (*Aphrodis.*, t. I, p. 52)

(2) Luna Calderon, *Démonstration de la prophylaxie de la syphilis*. Paris, 1815.

lange de savon mou, de potasse et d'alcool rectifié, le tout additionné d'essence de citron. Un liquide peu différent, plus caustique toutefois, a été proposé par Rodet de Lyon ; il renferme, pour 32 grammes d'eau distillée, perchlorure de fer, acide chlorhydrique et acide citrique, de chaque 4 grammes. D'autres substances ont encore été recommandées, et particulièrement les huiles et les graisses. Au point de vue de leur mode d'action physiologique, ces diverses substances peuvent se classer sous trois chefs. Les unes modifient la circulation de la partie sur laquelle elles sont appliquées, et tendent à s'opposer à l'absorption : ce sont les liquides alcooliques et astringents, tels que l'eau vinaigrée, les solutions de tannin, d'alun, etc. Les autres, comme les graisses, protégent les organes, à la manière d'un enduit et mettent un obstacle à l'absorption. Les dernières enfin, plus énergiques, sont destinées à détruire le virus, et elles sont, quelques-unes au moins, assez actives pour agir à la manière des caustiques, comme par exemple la préparation recommandée par Rodet de Lyon.

Que dire de ces substances, sinon qu'il n'en est aucune qui puisse être regardée comme un préservatif absolu. Cependant chacune d'elles a des avantages propres, une utilité relative et des indications particulières. Ainsi les corps gras, qui entretiennent la souplesse des parties et s'opposent à l'absorption, seront avantageusement utilisés chez l'homme avant l'acte; chez la nourrice avant l'allaitement. Les substances alcooliques, les acides ou les alcalis, et surtout l'alcool et le vinaigre de Bully, qui sont les substances les plus usuelles, peuvent servir en tout temps, et s'il arrivait de découvrir une solution de continuité, les caustiques trouveraient leur application. A défaut de ceux que nous avons indiqués, le crayon de nitrate d'argent pourrait être employé. Avantageuses tant que l'absorption de la matière virulente n'a pas lieu, ces diverses substances sont évidemment nulles lorsque le chancre existe. Signalons, en terminant, l'acide phénique, agent qui, au rapport même de l'une de nos plus grandes illustrations scientifiques (1), serait capable de neutraliser un certain nombre de virus, et particulièrement le virus syphilitique; mais aucun fait n'a jusqu'ici justifié cette manière de voir.

La question de savoir jusques à quand il est possible de neutraliser

(1) Chevreul, *Considérations sur l'histoire de la partie de la médecine qui concerne la prescription des remèdes.* Paris, 1865.

sur place le virus syphilitique semble pouvoir être résolue par analogie, si on admet que cet agent ne se comporte pas autrement que les virus de la rage, de la morve, de la vaccine, ou même les venins, tels que celui de la vipère. Renault d'Alfort, ayant cautérisé la plaie d'inoculation quelques heures et même une heure après l'insertion de la matière virulente de la morve ou de la clavelée, n'empêcha pas le développement de ces maladies. Bousquet et E. Rousseau ont fait des observations analogues : le premier, relativement à la vaccine ; le second, par l'inoculation du venin de la vipère. Il y aurait donc lieu de croire que l'efficacité des agents médicamenteux appelés à neutraliser sur place le virus syphilitique est nécessairement liée à la rapidité de leur application, car l'absorption du principe morbide est prompte, et une fois effectuée, ils sont sans utilité.

Tels sont les moyens dont peut user chacun dans le but de se préserver de la syphilis. Ces moyens, nous l'avons déjà dit, ne sont nullement des préservatifs certains, ils n'ont d'autre action que de diminuer les chances d'infection de tout individu qui s'expose à contracter la syphilis.

On a encore indiqué certaines mesures dont il est à peine nécessaire de faire mention, je veux parler de la vaccination syphilitique et de la syphilisation préventive. La première de ces méthodes préservatrices, qui consiste à inoculer le sang pris au voisinage d'accidents tertiaires, fut proposée autrefois par Diday ; mais elle a été depuis abandonnée par son auteur même, et jamais personne, que je sache, n'a songé à la mettre en pratique. La syphilisation préventive n'a pas eu un plus grand succès. Plus loin nous parlerons de la syphilisation curative.

CHAPITRE II

THÉRAPIE.

§ 1. — Des diverses méthodes de traitement employées jusqu'à nos jours.

TRAITEMENT RATIONNEL OU MÉTHOTIQUE.

Les premières manifestations de l'épidémie syphilitique du quinzième siècle, ayant été pour les médecins de cette époque une véritable surprise, ne furent nullement traitées. Il était honteux pour le praticien de s'occuper d'une semblable maladie. Mais, disons-le, l'abstention

avait plus particulièrement sa cause dans l'ignorance complète d'un mal nouveau, inconnu d'Hippocrate, de Galien et d'Avicenne. « Les savants, raconte Gaspard Torella, évitaient de traiter cette maladie, étant persuadés qu'ils n'y entendaient rien eux-mêmes... Car, ajoute le même auteur, comme cet étrange mal n'avait jamais été vu de notre temps, personne, quelque habile, quelque expérimenté qu'il fût, ne pouvait le traiter suivant les règles de l'art... C'est pourquoi les droguistes, les herboristes, toutes sortes d'artisans, de vagabonds imposteurs, se vantent encore, en ce temps-ci, de guérir parfaitement la vérole (1). » Dans ces conditions, des remèdes aussi singuliers que dangereux furent employés ; l'abus même devint tel, le mal allant du reste en croissant, que les médecins eurent enfin honte de manquer à leur devoir, et ainsi, fait remarquer Astruc, la honte plutôt que l'espérance de réussir leur fit entreprendre de traiter ce fléau. Guidés par les idées théoriques de l'époque (2), ils instituèrent un traitement tout à la fois rationnel et méthodique. Une grande diète, un régime très-sain, composé d'aliments faciles à digérer, voilà pour l'hygiène. Des saignées (3) proportionnées à l'âge, aux forces et au tempérament des malades ; des sangsues ou des ventouses, des laxatifs, des minoratifs, des apozèmes faits de sucs dépurés de chicorée sauvage, de buglosse, etc.; des sirops composés des mêmes sucs, du petit-lait; tels étaient, en même temps que des bains et des onctions faites avec des liniments divers ou simplement avec des substances grasses, les moyens qui composaient la thérapeutique de la syphilis. Ajoutons à ces moyens, lorsque la maladie était rebelle, la sudation dans des étuves ou encore dans un four médiocrement chaud, moyen auquel Gaspard Torella accordait la préférence quand il s'agissait de guérir les douleurs et les pustules. Quelques médecins, en petit nombre il est vrai, faisaient usage de la décoction ou de l'infusion de vipère, d'autres enfin recouraient fré-

(1) Voyez *Aphrodisiacus*, t. I. Comparez : Wendelin Hock, *Tract. de morbo gallico*, cap. I. — Jean Almenar, *De lue venerea*. Pavie, 1516. — Ulrich de Hutten, *De curatione morbi gallici per administrat. ligni guaiaci*, cap. I et II, 1519.

(2) Consultez dans l'*Aphrodisiacus* de Luisinus les traités de Nicol. Leonicenus, Conradi Gilinus, G. Torella, Seb. Aquilanus, Jac. Catanée, Wendel. Hock, Bened. Victorius. — Voyez de plus le traité cité d'Astruc, t. II, p. 78.

(3) A ce propos, consultez : Antonii Benivenii *De morbo gallico tractatus*, etc. (*Aphrod.*, t. I, p. 401). — Leonardi Botalli, Astensis, medici regii, *Luis venereæ curandæ ratio* (*Aphrodisiacus*, t. II, p. 865).

quemment à l'application d'un cautère sur la tête, au bras, ou à la jambe.

Cependant, dès cette époque commence aussi l'emploi d'un médicament qui deviendra célèbre dans l'histoire de la syphilis, je veux parler du mercure. Introduit dans la thérapeutique par les Arabes (Rhasès, Avicenne, Mésué, etc.), cet agent était employé contre les poux, la gale, l'impétigo, le *malum mortuum* (Théodoric), sorte de lèpre, et autres éruptions cutanées (1). L'analogie, naturellement, conduisit à s'en servir pour combattre les éruptions syphilitiques. Nourris des auteurs de l'antiquité, les premiers syphilographes suivirent en cela le précepte de Celse, qui recommande, dans le cas de l'apparition d'un mal inconnu, d'examiner de quelle maladie ce mal approche le plus et de tenter des remèdes semblables à ceux qui ont guéri plusieurs fois un mal approchant. C'est ainsi que Conrad Gilinus (1497), J. Widmann (2), Torella, Sebastianus Aquilanus, Ant. Benivenius, Wend. Hock, J. Catanée, Angelus Bologninus, et d'autres encore, furent conduits à proposer divers onguents mercuriels. Béranger de Carpi et Jean de Vigo furent néanmoins les deux grands promoteurs de la médication par le mercure. Tout d'abord on redoutait les effets de cet agent, et les doses employées étaient assez faibles : c'est à peine s'il entrait un quarantième de mercure dans l'onguent dont Gaspard Torella faisait usage (3). Les onguents dont se servaient les médecins de ce temps renfermaient un quatorzième ou même un huitième de la même substance. Les empiriques avaient également recours au mercure ; mais, moins retenus par la crainte de nuire, ils contribuèrent peu à peu, par leurs excès, à jeter du discrédit sur ce médicament. Effectivement, les malades, accablés de frictions fortes et répétées, périssaient quelquefois par le fait du remède (4), et ceux

(1) C'est des Arabes que vient, en effet, l'onguent sarasin dont la formule se trouve dans Guy de Chauliac. (*Chirurgiæ magnæ* Tractatus, doct. 1. c. 3.

(2) Widmann dictus Meichinger, *Tractatus de pustulis quæ vulgato nomine dicuntur Mal de Franzos.* Argentorati, 1497. — Voyez, pour les autres auteurs, l'*Aphrodisiacus* de Luisinus.

(3) Gaspard Torella, quoique partisan du mercure, attribue la mort de César Borgia et celle de son frère à l'abus de ce médicament (*Aphrodis.*, t. II, p. 528).

(4) Les fumigations de cinabre, qui étaient aussi usitées dès cette époque, n'étaient pas non plus sans danger, ainsi que l'indique ce passage de Jean Bénédict : Suadeo ut caveas ab empiricorum suffimigiis, in quibus ponitur cinnabaris, tanquam a præsentissimo veneno, et cujus ego fumo vidi periisse quemdam nobilissimum pictorem Bononiæ, et mulierem devenisse ad apoplexiam. (*De morbo gallico libellus*, cap. IV, De cura morbi gallici, p. 182.)

qui avaient assez de force ou de bonheur pour résister à sa violence restaient épuisés par la salivation, la diarrhée, les ulcères de la bouche, etc., ou ne recouvraient la santé qu'après bien du temps et après des souffrances longues et inexprimables. Le remède devint bientôt pire que le mal, et la méthode tomba en discrédit, ce à quoi contribua encore la découverte d'un médicament nouveau, le gayac (1517). Dès lors commence en réalité, sur les avantages et les inconvénients des préparations mercurielles, la fameuse discussion qui s'est continuée jusqu'à nous, et qui a reçu tout récemment une impulsion nouvelle. Au seizième siècle, comme de nos jours, on ne se contentait pas de signaler les dangers du mercure ; quelquefois on accusait cet agent de produire les manifestations les plus graves de la syphilis, sinon on le regardait comme pouvant en être l'occasion. « Occasiones tumorum proveniunt a visceribus affectis, écrit Fallope (1), sed, ut in pluribus, post inunctionem hydrargyri, qui non sanarit ægros...... Cum inunguntur partes illæ, imbecilles redduntur, et morbus petit loca illa. »

Le passage suivant d'Ulrich de Hutten indique assez l'abus que l'on faisait de ce médicament : « L'onguent, dit-il, causait une si abondante salivation, qu'on était en danger de perdre les dents, si on n'avait l'attention de prévenir ces accidents. Le gosier, la langue et le palais s'ulcéraient ; les gencives s'enflaient, les dents branlaient, il coulait de la bouche, sans relâche, une bave très-puante. » Cet autre, de Rabelais, n'est pas moins explicite : « Que diray-je des pauvres verollez et goutteux ? Quantes fois nous les avons veus à l'heure qu'ilz estoient bien oingtz et engressez à point, et le visaige leur reluisoit comme la claveure d'un charnier, et les dents leur tressailloient, comme font les marchettes d'un clavier d'orgues ou d'espinettes quand on joue dessus, et que le gosier leur escumoit comme à un verrat que les vaultres ont acculé entre les toiles. »

Au seizième siècle donc régnaient déjà la doctrine mercurialiste et la doctrine antimercurialiste. A cette époque aussi on traitait la syphilis par les méthodes ordinaires de traitement des autres maladies, et quelque peu par l'expectation et la diète : c'est dire qu'on y trouve, du moins en germe, les divers procédés thérapeutiques dont nous aurons à parler plus loin.

(1) *De morbo gallico* (*Aphrodisiacus*, p. 826).

TRAITEMENT PAR LES BOIS SUDORIFIQUES. TRAITEMENT VÉGÉTAL.

Le traitement par les bois sudorifiques marque une période de relâche et de réaction salutaire contre les excès et les conséquences fâcheuses du traitement mercuriel. Ulrich de Hutten raconte comme il suit la découverte du gayac, le plus célèbre de tous les bois sudorifiques employés à la curation de la syphilis : « Un gentilhomme espagnol, trésorier d'une province (Hispaniola), étant fort malade de la vérole, apprit d'un habitant du pays le remède dont il devait se servir, et fut le premier qui l'apporta, craignant cependant qu'il n'eût pas la même vertu qu'il avoit dans cette isle. » Cette version semble faire allusion à Gonzalo Fernandez de Oviedo y Valdez; mais néanmoins on est loin d'être d'accord sur le nom de celui à qui on doit l'importation du bois de gayac et sur la date de cette importation. Je ne chercherai pas à débrouiller ce point de l'histoire du gayac (1). Ce qui est certain, c'est que le gayac, connu en Espagne dès l'année 1508, au rapport de Delgado, se répandit seulement vers les années 1517 et 1518 en Italie et en Allemagne (2).

Peu de remèdes devinrent aussi rapidement populaires. On publia bientôt par toute l'Europe que le mal de Naples pouvait enfin guérir à l'aide d'une drogue que fournissait l'Amérique, et dès lors le peuple, qui fait d'étranges confusions dans ses chroniques, se persuada que le remède et le mal avaient dû tirer leur origine du même pays, ce qui, sans doute, contribua à affermir l'idée de l'importation amé-

(1) On consultera avec avantage sur ce sujet : les notes de Bosquillon à la traduction du *Traité de la gonorrhée virulente et de la maladie vénérienne*, de Benj. Bell, t. II, p. 395, Paris, 1802 ; — celles de Potton, dans sa traduction du livre du chevalier Ulrich de Hutten sur la maladie française, Paris, 1865, — et enfin un intéressant feuilleton inséré par J.-M. Guardia, dans le n° 49, p. 741, de la *Gazette médicale de Paris*, année 1865.

(2) A ce sujet et sur la médication par le gayac, consultez : Delgado, *Del modo di adoperare il legno sancto d'India occidentale*, owero del modo che si guarisce il mal francioso, e ogni male incurabile. Venise, 1529, in-4°. — Nicolas Poll, *De cura morbi gallici per lignum guyacanum*, dans *Aphrodisiacus*, t. I, p. 242. — Léon Schmauss, *De morbo gallico tractatus*, Salisburgæ, 1518, et *Aphrod.*, t. I, p. 383. — Ulrich de Hutten, *De morbi gallici curatione per administrationem ligni guajaci*, dans *Aphrodisiacus*, t. I, p. 275. Tr. fr. par Potton. Paris, 1865. — Gonzalo Fernandez de Oviedo y Valdez, *Del palo guyacan, o del palo santo*, 1552, tiré de *Natural y general historia de las Indias*. Séville. Nouv. édit. Salamanque, 1557, trad. lat. dans *Aphrod.*, t. I, p. 355.

ricaine de la syphilis. Des cures nombreuses, dont se portaient garants les médecins de cette époque, vinrent du reste légitimer la faveur accordée au gayac. Ulrich de Hutten et son ami Érasme lui furent redevables, après Oviedo, d'une guérison que n'avaient pu produire les onctions mercurielles. Le premier principalement aida beaucoup à la propagation de ce remède par la publication d'un traité spécial. Musa Brassavole, Nic. Massa, Fracastor, Fernel (1) au seizième siècle; Valsalva, Morgagni et Boerhaave au dix-huitième, prétendent avoir eu l'occasion de constater ses bons effets.

Avant d'être administré, le gayac subissait diverses sortes de préparations. « La manière la plus ordinaire, autrefois, de préparer la décoction de gayac, dit Astruc (2), était de faire infuser pendant vingt-quatre heures, dans un pot de terre neuf et dans huit, dix ou douze livres d'eau, une livre de ce bois, coupé menu ou bien râpé : ayant bien bouché le vaisseau, on faisait bouillir la décoction, au bain-marie, sur un feu doux, mais égal, jusqu'à la diminution du quart, du tiers ou de la moitié, suivant qu'on voulait une décoction plus ou moins forte, eu égard aux forces et au tempérament du malade, et à la violence de la maladie. La décoction étant refroidie, on la passait et on la gardait dans des bouteilles de verre bien bouchées; sur le bois qui restait dans le pot de terre, on versait de nouveau pareille quantité d'eau que l'on faisait encore bouillir à un feu doux, jusqu'à la diminution du quart. Cette seconde décoction, que l'on appelait *Bocket*, étant passée se gardait aussi dans des bouteilles de verre. La première décoction était employée comme remède, et l'autre comme boisson ordinaire..... Quand la décoction était prête, et que le malade avait été doucement purgé et tenu à une nourriture légère depuis quelques jours, on le renfermait dans une chambre qui fût chaude par son exposition, ou qu'on avait soin d'échauffer, et qu'on tenait bien calfeutrée pour empêcher l'air et le froid d'y entrer. On lui donnait, de grand matin, dans son lit, un verre de la première décoction chaude, d'environ huit ou dix onces, et, après l'avoir bien couvert,

(1) Ant. Musa Brassavole, *De morbo gallico liber* (*Aphrod.*, t. I, p. 658). — Nicolas Massa, *De morbo gallico liber*, Venetiis, 1563, et *Aphrod.*, t. I, p. 39. — Hier. Fracastor, *De morbo gallic. poematum lib. III* (*Aphrod.*, t. I, p. 183). — Jean Fernel, *De lue venerea dialogus* (*Aphrod.*, p. 610). — Antonius Gallus, *De ligno sancto non permiscendo opus* (*Aphrod.*, t. I, p. 455).

(2) Astruc, t. II, p. 95, édit. de Louis Paris, 1777.

on le faisait suer deux ou trois heures; après qu'on l'avait essuyé, quatre heures au moins après la prise de la décoction, on lui donnait deux ou trois onces de biscuit, avec quelques raisins secs, ou quelques amandes, ou quelques pistaches; on le laissait boire abondamment de la seconde décoction; quatre heures après, il prenait un autre verre de la première décoction, contenant huit ou dix onces, suait pendant trois heures, comme la première fois; après avoir été essuyé, il mangeait de même deux ou trois onces de biscuit, etc., buvait quelques verres de la seconde décoction. Si le malade était trop délicat, trop maigre, trop faible, pour soutenir une si rigoureuse abstinence, on lui donnait un peu plus de pain, de raisins, ou un massepain, ou un bouillon de poulet, même, quelques jours après, le quart ou la moitié d'un poulet rôti ou bouilli, sans sel. On suivait cette méthode pendant quinze jours; durant ce temps-là, si le ventre n'était pas libre, on donnait un lavement émollient, de deux en deux ou de trois en trois jours; après les premiers quinze jours, on purgeait doucement le malade avec la moelle de casse, la manne, les tamarins, etc., et il ne buvait, le jour de la purgation, que de la seconde décoction. On recommençait ensuite le même traitement jusqu'au trentième ou quarantième jour; mais on donnait un peu plus de nourriture, en augmentant insensiblement. Si le malade, après vingt-cinq ou trente jours, se trouvait avoir assez de forces, on lui permettait, quand il ne suait pas, de se lever, de se promener dans la chambre, bien vêtu. Enfin on le purgeait de nouveau sur la fin du traitement; il pouvait alors sortir de la chambre, non pas pour s'exposer au plein air, mais pour aller dans une autre chambre, jusqu'à ce qu'il fût en état de soutenir l'impression de l'air, car il ne fallait pas changer de régime tout d'un coup, mais il fallait que le malade s'accoutumât peu à peu à reprendre le train de vie ordinaire, durant un mois entier, pendant lequel il gardait encore le régime, ne buvait point de vin, usait de la seconde décoction pour la boisson ordinaire. »

Tel était le mode d'emploi du bois de gayac. A notre sens, la préparation à laquelle était soumis le malade, le régime sévère auquel il était maintenu, contribuaient au moins autant que le remède à amener la guérison. Du reste, la forme différente sous laquelle on prescrit encore le gayac aujourd'hui explique suffisamment la diversité d'action.

Un autre bois, venant également des Indes, mais, suivant Astruc,

différent du précédent, fut employé en même temps que ce dernier. En France, où ce bois, dit bois saint, jouissait d'une grande réputation, malades et médecins n'en parlaient qu'avec une pieuse admiration. O saint bois! disait dans l'une de ses oraisons un patient qui se trouvait soulagé, sinon guéri, par les effets de cet heureux médicament; ô saint bois, n'es-tu pas au propre le bois béni de la croix du bon larron? Comme ces bois étaient fort chers, on leur substitua peu à peu, mais sans succès, les bois d'ébène, de coudrier, de buis, et surtout le bois de genièvre, etc. (1).

Les éloges les plus pompeux et la recommandation des deux grands souverains de l'époque ne suffirent pas pour maintenir le règne du gayac. Dès 1546, Fracastor, écrivant son traité en prose sur les maladies contagieuses, prétendait qu'il en fallait donner la décoction à la plus forte dose et pendant un plus grand nombre de jours que dans les premiers temps. Matthiole tenait à peu près le même langage. Le gayac tomba enfin dans le discrédit. C'est vers ce temps (1536 ou 1537) que fut apportée en Europe la racine de squine. Cette racine, dont usa l'empereur Charles-Quint, comme le rapporte A. Vésale (2), remplaça peu à peu le bois de gayac. Vinrent ensuite la racine de salsepareille et le bois de sassafras; puis on reconnut bientôt que toutes ces plantes possédaient des vertus analogues, et on finit par les administrer sous le nom de décoction des bois sudorifiques. Cependant la méthode rigoureuse qu'on employait tout d'abord ayant paru offrir quelques inconvénients chez les malades d'une constitution faible, une nourriture plus abondante fut permise, la sudation fut diminuée; mais avec les inconvénients cessèrent les vertus thérapeutiques du remède. La notoriété du gayac et des bois sudorifiques ne tarda pas à décroître. En 1564, A. Fracanziani avoue de bonne foi que la maladie s'étant rendue difficile et opiniâtre à guérir, beaucoup de médecins très-habiles ont été obligés de revenir aux onctions mercurielles depuis deux ans. Dans le dix-septième siècle, le gayac était encore en usage; mais les médecins du dix-huitième siècle, à l'exception d'un petit nombre, le délaissèrent à peu près complétement pour recourir au mercure. Astruc déclare, après beaucoup d'autres, que la décoction des bois sudorifiques n'est susceptible de guérir

(1) Voir Brassavole, Jean de Léon, J. Scaliger.
(2) *De radice chinæ, Epistolæ*, 1856 (*Aphrod.*, t. I, p. 586).

que les maladies vénériennes locales et commençantes. Le mercure fut donc remis en honneur. Avant de parler du traitement mercuriel, quelques mots sur les végétaux employés à la curation de la syphilis.

Du temps même de Fracastor, les médecins, qui tenaient compte de la vigueur de leurs malades, n'avaient pas toujours recours aux remèdes les plus énergiques; les individus faibles et débiles étaient mis à l'usage de certains végétaux. On s'adressait aux résineux, à l'encens, à la myrrhe, au souchet, à l'écorce de cannelle, etc. Plus tard, la saponaire fut vantée par Sennert, Bartholin et Stahl. La gratiole, la douce-amère, la germandrée, l'hysope, le dictame blanc et beaucoup d'autres plantes ont reçu des éloges plus ou moins mérités. Kalm et Bertram ont vanté la racine de cardinale bleue (*lobelia syphilitica*), Russell et Cullerier ont fait l'éloge du bois-gentil (*daphne mezereum*). Cirillo attribue de grands avantages au citron qu'avait déjà célébré Fracastor (1). Il prétend qu'il a été témoin de cures nombreuses opérées par les limons, les oranges, fruits dont il vaut mieux conseiller aux malades l'abus que le trop petit nombre. Certes, il n'est guère possible de contester les avantages et l'utilité de ces différentes substances ; mais, à notre avis, elles ne sont que de faibles adjuvants.

TRAITEMENT PAR L'OPIUM ET LES SUBSTANCES OXYGÉNÉES.

Dans un livre écrit en 1661, Simon Pauli rend compte d'un cas de guérison de syphilis obtenue par l'opium; mais ce fait resta oublié, et c'est vers la fin du dix-huitième siècle seulement que l'opium acquit tout à coup une certaine célébrité dans le traitement de la syphilis. En 1779, Grant et Michaëlis, médecins des armées anglaises en Amérique, disent avoir obtenu de grands succès de l'emploi de ce médicament (2). Plusieurs médecins anglais (3), suédois (4) et allemands (5)

(1) Sed neque carminibus neglecta silebere nostris
Hesperidum decus, et Medarum gloria citre
Sylvarum.............................
Ergo ubi nitendum est cæcis te opponere morbi
Seminibus, vi mira arbor Cytherela præstat.

(2) On trouve la relation de ces succès dans les *Medical Communications*.

(3) Voyez Cullen, *Materia med.*, t. II, p. 354 ; — Pearson, *Observat. on the effect of various articles of the materia medic. in the cure of lues venerea*, London, 1800, p. 57.

(4) Cl. Tode, *Mémoires de la Société de médecine de Copenhague*, t. I, p. 424.

(5) Tuissinck, *De opii usu in syphilide observatis probato*, Leyde, 1785. — Franck, dans sa traduction de Weikard sur la doctrine de Brown.

ne tardèrent pas à en faire usage dans les mêmes circonstances et parurent également satisfaits de ses effets thérapeutiques.

Convaincusque les prodriétés de l'opium étaient jusque-là restées inconnues parce qu'on avait administré ce médicament avec trop de timidité, les médecins partisans de cette médication commençaient, en général, par faire prendre 5 grains (0^{gr}, 2655) d'opium par jour, puis ils en augmentaient peu à peu la dose pendant trois ou quatre mois, au point de la porter jusqu'à 50 grains (2^{gr},655) dans les vingt-quatre heures. Dans ces conditions, le sommeil était prolongé, il y avait quelquefois un assoupissement dont il était aisé pourtant de tirer les malades ; le ventre conservait d'ordinaire sa liberté, mais le plus souvent survenait une sueur fétide fort abondante et un écoulement considérable d'urines muqueuses. Gherardini (1), Richter, J. Pasta (2) et quantité d'autres praticiens célèbres ne reconnurent aucun résultat avantageux à l'opium, si ce n'est toutefois pour calmer certaines douleurs qui résistent au mercure; en conséquence, l'usage exclusif en fut cessé.

Vers la fin du siècle dernier, on employa dans le traitement de la syphilis les substances oxygénées et principalement l'acide nitrique. Frappé de ce que le mercure n'avait d'action qu'autant qu'il était à l'état d'oxyde, Girtanner imagina que les propriétés de ce métal résultaient de sa grande facilité à abandonner son oxygène aux substances animales. Partant de cette idée, Scott de Bombay et Alyon de Paris, puis Rollo, Cruikshank (3), chirurgiens militaires anglais, pensèrent qu'il n'y avait rien de mieux que de traiter la syphilis par les préparations oxygénées; aussi les employèrent-ils tout à la fois *intus et extra*.

Malgré une vogue d'assez courte durée, la médication oxygénée ne paraît pas avoir toujours été dépourvue de succès. Elle semble avoir réellement contribué à la curation de quelques cas de syphilis avancée. Plus loin nous ferons connaître les indications qui lui sont propres. Néanmoins, on remarqua bientôt que les substances oxygénées

(1) Gherardini, Appendice à sa traduction italienne du *Traité des malad. vénér.* de Fabre.

(2) Pasta, *Nuove Ricerche della facoltà dell' oppio nelle malattie veneree.* Bergamo, 1788, in-8°.

(3) Comparez : Th. Beddoes, *On the Effects of the nitrous acid in the venereal diseases*, 1797. — Adam Schmidt, *Beitræge zu den Resultaten der Versuche mit der Salpeter-Saure bei syphilit. Krankheiten.* Wien, 1802.

n'avaient qu'un avantage médiocre, et que la théorie, en vertu de laquelle on les prescrivait n'était pas fondée. Subissant le sort de bien d'autres agents médicamenteux, elles tombèrent dans l'oubli, mais non toutefois dans un oubli complet, car nous les voyons reparaître de temps à autre, et nous dirons plus tard quel parti on peut tirer des acides et particulièrement de l'acide nitrique dans le traitement de certaines lésions des viscères.

TRAITEMENT PAR LE MERCURE.

Considéré comme un poison et tout d'abord proscrit de la thérapeutique le mercure était en usage parmi les arabistes et la plupart des médecins du moyen âge. Employé dans le traitement des affections cutanées, c'est, avons-nous dit, vers l'année 1497 (1) qu'il fut appliqué à la curation de la syphilis. Plus tard, lorsqu'il fut discrédité, il ne fut pas pour cela entièrement abandonné, puisque J. Bethencourt traita à l'aide de cet agent l'épidémie vérolique de Rouen, et que du reste Thierry de Héry, Nicolas Massa et plusieurs contemporains continuèrent de le prescrire. En 1538, Alp. Ferri (2) assurait qu'il fallait en venir aux frictions mercurielles, après avoir essayé inutilement le bois saint. Fallope (3) raconte qu'un jeune homme dont la syphilis avait résisté à tous les remèdes étrangers avait enfin été guéri par un empirique, et il ajoute : Je me sers du mercure dans les véroles rebelles et désespérées, surtout lorsque j'ai essayé les autres moyens.

Ainsi on arriva à reconnaître les avantages du mercure sur les préparations végétales. Cet agent était, dans le principe, uniquement employé à l'extérieur. Il y avait, dit Astruc, quatre manières de s'en servir, savoir : en emplâtre ou cérat, en lavage ou onguent ou liniment (méthode des frictions), en parfums (méthode des fumigations). Dans la matière de l'emplâtre ou cérat mercuriel, il entrait du mercure éteint à la dose d'un sixième ou d'un huitième, des graisses et de la cire.

Proposés par Angelus Bologninus, les emplâtres fort vantés de J. de Vigo, dont le nom est resté à l'un des plus fameux, tombèrent rapidement en désuétude à cause de l'irritation cutanée

(1) Dans un poëme satirique composé par Georges Summaripa, praticien de Vérone, il est question de l'emploi du mercure en 1496.

(2) Alp. Ferri, *De ligno sancto liber Aphrodis.*, t. I, p. 404.

(3) Fallope, *Lib. de morbo Gallico*, cap. 67.

qui était la conséquence obligée de leur emploi. Les lavages mercuriels se composaient, d'après Augier Ferrier, l'un des premiers qui en firent mention, de drogues dessiccatives et de sublimé corrosif dissous dans l'eau distillée : 2 onces par 5 ou 6 livres d'eau distillée (Astruc). Le sublimé servait aussi à laver et à frotter dans un lieu chaud toutes les parties du corps, excepté la poitrine, la tête, l'estomac et les aisselles, et cela pendant dix jours, une, deux ou trois fois le jour, suivant les forces du malade et autres circonstances. De même que les emplâtres, les lavages ne tardèrent pas à être regardés comme dangereux, et ils furent bannis de la thérapeutique. Le mercure éteint à la dose d'un sixième ou d'un huitième constituait la base de l'onguent, auquel on mêlait des graisses, des huiles de camomille, de rue, etc., du styrax, de la litharge, du soufre vif, etc. L'onguent une fois préparé, on en frottait les jointures, les membres jusqu'aux aisselles ou aux aines, et même le tronc, à l'exception toutefois du ventre et de la poitrine ; on réitérait les frictions jusqu'à la salivation, qui trop souvent prenait de grandes proportions et causait des ravages considérables.

Les fumigations, employées à la même époque, produisaient des accidents du même genre entre les mains malhabiles; mais il faut dire qu'elles avaient l'approbation de Massa, de Rondelet, etc. Elles étaient de deux sortes (Astruc), les unes bénignes, les autres malignes, suivant la qualité des drogues dont on les composait. Les premières contenaient des matières grasses et résineuses, des baumes. Les autres étaient faites avec les mêmes substances, auxquelles on ajoutait de l'arsenic ou des préparations mercurielles, telles que le cinabre, le précipité rouge, le turbith minéral ou même le sublimé corrosif. Ces drogues pilées séparément et réduites en poudre très-fine étaient employées de deux façons, en forme de poudre dont on répandait quelques pincées sur des charbons, et en forme de pastilles ou de trochisques dont on usait de la même manière. Le malade qui devait être soumis à la méthode des fumigations était d'abord saigné et purgé, puis on le plaçait nu dans une espèce de pavillon bien chauffé et nommé communément l'*archet*. On mettait à ses pieds un réchaud plein de braise, et par un trou fait exprès on y jetait à diverses reprises quelques trochisques ou tablettes de parfums, en sorte que le malade demeurait exposé depuis les pieds jusqu'à la tête à la fumée qui s'en exhalait, jusqu'à ce qu'il suât abondamment. Si par hasard on voyait

que le malade fût près de se trouver mal, on tâehait de prévenir la défaillanee dont il était menaeé, en lui faisant mettre la bouehe à un trou pratiqué à eette intention, ou respirer un air pur et frais par un tuyau dont le bout sortait au dehors. On tenait le malade plus ou moins longtemps sous l'arehet, suivant le degré du mal, la violenee des symptômes et l'état des forees. La fumigation durait une heure, une demi-heure ou trois quarts d'heure, selon que le malade pouvait la souffrir. Celui-ei n'était pas plus tôt tiré de l'étuve qu'on le mettait dans un lit bassiné, et on le couvrait bien pour le faire suer abondamment, pendant une heure ou deux; après quoi, l'ayant essuyé, on lui donnait un verre de vin à boire, et au bout de deux heures on lui servait à manger. On pratiquait d'ordinaire ees sortes de fumigations tous les jours, ou seulement de trois en trois ou de quatre en quatre jours, eu égard à la violenee de la maladie et à l'état des forees; on les réitérait six, sept, huit ou neuf fois, jusqu'à ee que la salivation ou le flux de ventre parût, ou que les symptômes de la maladie disparussent entièrement.

Vers l'année 1535 seulement, Pierre-André Matthiole osa le premier donner le mereure à l'intérieur; il l'administrait sous forme de préeipité rouge, préeipité *per se*, oxyde rouge, deutoxyde de mereure. Bientôt eet agent fut employé sous forme de mereure eru et devint la base des fameuses pilules de Barberousse dont François I[er], dit-on, se servit l'un des premiers en Franee (1540); puis, avee les déeouvertes ehimiques, on vit surgir sueeessivement le mereure doux (*aquila alba*, *calomelas*, protochlorure de mereure), l'*æthiops minéral*, sulfure noir de mereure), le préeipité blane (nitrate de mereure), ete., etc. — Cette fois encore, médeeins et empiriques surtout se livrèrent à des excès regrettables; eonvaineus que la salivation était ehose néeessaire, le prix du salut, la seule voie d'élimination du virus, ils cherehaient avant tout à la produire.

Ce ne fut qu'en 1718, dit Yvaren (1), e'est-à-dire deux eent quatre-vingt-quatre ans après l'apparition de la syphilis, que Chieoyneau, ehancelier de l'Université de Montpellier, s'efforça de démontrer l'inutilité de la salivation et de lui substituer, dans la eure eomplète de la maladie, la méthode dite par *extinction*. Cette salutaire réforme ne

(1) *La Syphilis* de Jérôme Fracastor, trad. fr. Paris, 1847. Voyez, concernant l'historique de l'emploi du mercure contre la syphilis, Virchow, *Zur Geschichte der Quecksilber Behandlung in der Syphilis* (*Archiv.* t. XIX, p. 238).

triompha à Paris que longtemps après, et il s'est à peine écoulé soixante ans depuis qu'elle est devenue la règle commune. Cependant, malgré l'emploi de doses plus modérées, le traitement mercuriel ne fut point encore cette fois à l'abri de toute réaction. Les mercurialistes Vigo, Fracastor, Brassavole, Massa, Botal, Rondelet, etc., et les antimercurialistes Torella, Montanus, Fernel, Fallope, Tomitanus, etc., reparaissent sous des noms différents. Les incertitudes thérapeutiques du seizième siècle se représentent au dix-neuvième siècle comme pour attester notre ignorance et nos faibles progrès.

Les observations intéressantes de quelques médecins anglais, les attaques passionnées de Broussais contre la spécificité morbide de la syphilis, les craintes un peu exagérées des préparations mercurielles vinrent tout à coup, au commencement de ce siècle, remettre sur le tapis la question du traitement de la syphilis sans mercure et nier les bons effets de l'emploi des mercuriaux.

TRAITEMENT SANS MERCURE.

Le traitement sans mercure fut une sorte de révolution dans l'histoire de la syphilis, et à ce point de vue il mérite de fixer notre attention. C'était l'époque où les idées de Balfour, Hunter, Adams, Carmichael, touchant la pluralité des virus, commençaient à prendre racine en Angleterre. La France était en guerre avec l'Espagne; le docteur Fergusson, chirurgien de l'armée anglaise en Portugal, ayant l'occasion d'observer dans les grands hôpitaux de ce pays, remarqua que le traitement mercuriel y était fort peu en usage chez les vénériens. Les ulcères primitifs n'étaient combattus que par des moyens locaux, et c'était seulement dans la pratique civile qu'on associait quelquefois aux topiques la décoction des racines ou autres moyens semblables. Les affections de la gorge n'étaient traitées qu'avec des gargarismes irritants, et souvent elles guérissaient aussi vite que les chancres. On n'avait enfin recours au mercure à l'intérieur que dans les affections des os; mais celles-ci étaient fort rares et la plupart du temps si légères qu'on les considérait comme rhumatismales et qu'on les guérissait par de légères doses de calomélas, de poudre de Dower, de gayac, par les bains chauds, etc. La maladie, toutefois, montrait plus d'intensité chez les Anglais, ce à quoi paraissait surtout contribuer un état fébrile causé par la chaleur inaccoutumée du climat, la débauche

et les excès de tous genres. La maladie, chez ces derniers, prenait presque toujours un caractère phagédénique, elle débutait par une violente inflammation avec fièvre, et elle exigeait un traitement actif et principalement antiphlogistique. Ces diverses circonstances remarquées par Fergusson le conduisirent à supposer, ou que les végétaux ont des propriétés antisyphilitiques plus prononcées dans les climats chauds que dans les climats froids, ou que la maladie s'est tellement adoucie en Portugal qu'elle peut s'épuiser d'elle-même après avoir accompli une certaine évolution. Du reste, il assurait avoir encore observé en Portugal la même bénignité relativement à la petite vérole. Bien que convaincu de la guérison de la syphilis sans mercure, Fergusson (1) ne pensa pas que ce qui se passait en Portugal pût être applicable à l'Angleterre; mais ses observations firent germer une idée qui, déjà, avait de la tendance à se développer. Plusieurs chirurgiens se mirent à l'œuvre, et bientôt les recherches de Thomson (2), Rose (3), Guthrie (4), démontrèrent la possibilité de la réussite d'un traitement non mercuriel. Thomson traita tous les malades qui lui étaient confiés, tant à l'hôpital qu'en ville, à l'aide des antiphlogistiques et des topiques adoucissants, et il remarqua qu'un dixième seulement de ceux qui étaient soumis à sa méthode présentaient des accidents consécutifs. Rose n'observa de symptômes constitutionnels que sur un tiers de ses malades traités sans mercure. Il ne vit jamais survenir de caries, et jamais la maladie ne lui montra cette transition uniforme et non interrompue d'un symptôme à un autre, caractère de la syphilis à laquelle on n'a pas opposé de mercure. Les observations de Guthrie s'accordèrent, quant au fond, avec celles de Rose ; la proportion des symp-

(1) Fergusson, *Observ. on the venereal disease in Portugal* (*Medico-chirurgical Transactions*, 1813, t. IV).

(2) Jean Thomson, *Obs. on the treatment of Syphilis without mercury*. Edinburgh, 1817, in-8°.

(3) Thomas Rose, *Obs. on the treatment of Syphilis with an account of several cases of that disease in which a cure was effected with the use of mercury* (*Medico-chirurgical Transactions*, 1817, t. VIII).

(4) G. Guthrie, *Obs. on the treatment of the venereal diseases without mercury* (*Med.-ch. Transact.*, t. VIII). — Comparez : Jacques Bartlet, *Dissert. med. inaug. de syphilidis tractatione sine hydrargyro.* Édimbourg, in-8°. — J. Hennen, *Principles of military Surgery, comprising observations of the arrangement, police, and practice of Hospitals, and of the history, treatment and anomalies of Variola and Syphilis*, 2d. edit. Edinburgh, 1820, in-8°.

tômes consécutifs lui parut encore moindre; mais il avoue n'avoir pu observer les malades longtemps après leur sortie.

D'un autre côté, sur 417 cas de syphilis traités sans mercure, Hennen observa 46 fois seulement des symptômes consécutifs. Un rapport médical sur l'armée anglaise par J. Mac-Gregor et W. Franklin, est encore plus décisif; il nous apprend que, du mois de décembre 1816 au mois de décembre 1818, 1940 individus furent traités pour des ulcérations primitives du pénis. Dans ce nombre étaient compris non-seulement les ulcérations simples, mais aussi les chancres syphilitiques de Hunter. Or, sur ces 1940 malades, 96 seulement eurent des symptômes secondaires, et encore, sur ce chiffre de 96, 12 malades avaient pris du mercure pour des motifs particuliers consignés dans le rapport. Parmi ces 1940 individus atteints d'ulcérations primitives, 65 furent soumis à un traitement mercuriel. Par conséquent, si l'on retranche du total les nombres 65 et 12, il reste 1863 cas dans lesquels il y eut guérison complète sans mercure. La durée moyenne du traitement fut de 21 jours pour les malades qui n'avaient pas de bubons, et de 45 jours pour ceux qui en avaient. Pendant les deux mêmes années, 2827 malades atteints d'ulcères de la verge furent traités avec le mercure ; la moyenne du temps qu'ils mirent à guérir fut de 33 jours quand il n'y avait pas de bubons, et de 50 jours lorsqu'il y en avait : 51 d'entre eux furent atteints d'accidents secondaires.

Tandis qu'en Angleterre s'opérait cette révolution, en Amérique Harris, Stevens et d'autres répétaient les mêmes expériences et arrivaient aux mêmes résultats. En France où la doctrine physiologique commençait à s'établir, l'idée de traiter la syphilis sans mercure fut nécessairement bien accueillie. Jourdan, Broussais, Richond des Brus, Dubled, Bobillier, Desruelles et Devergie aîné s'en montrèrent les principaux défenseurs. Les publications en faveur du traitement simple furent nombreuses; mais les statistiques qui y sont consignées sont en général moins complètes que celles des médecins anglais. Comme en Angleterre, le traitement se résumait en ceci : repos, applications émollientes, soins de propreté, boissons délayantes et régime plutôt débilitant que tonique. En Allemagne, le traitement non mercuriel, d'abord appliqué par Brünninghausen de Wurzbourg, fut plus tard employé sur une plus grande échelle par le docteur Fricke de Hambourg. Après avoir successivement fait usage des deux métho-

des, ce médecin déclara que les symptômes étaient plus graves et la durée du traitement plus longue avec le traitement par le mercure.

De même que les médecins anglais, le docteur Fricke tenait ses malades au lit; chacun d'eux recevait tous les jours 64 grammes de pain, 1425 grammes d'eau de gruau et six cuillerées de végétaux cuits (1). Chez les femmes ce régime était continué pendant toute la durée de la maladie; chez les hommes, au bout de quinze jours ou trois semaines, on augmentait un peu les aliments, à mesure que les symptômes diminuaient d'intensité. Rarement une saignée générale était prescrite, mais on administrait tous les jours trois cuillerées à bouche d'une solution de 16 grammes de magnésie dans 192 grammes d'eau de fenouil. Ce traitement était opposé aux accidents primitifs et secondaires par le docteur Fricke, qui, loin de répudier complétement le mercure, le considérait, au contraire, comme un bon et puissant remède. Toutefois, il prescrivait aussi, dans la syphilis secondaire, la décoction des bois sudorifiques et l'acide nitrique.

Handschuh et plusieurs autres médecins allemands expérimentèrent aussi le traitement sans mercure et arrivèrent à des résultats analogues. Ces essais furent imités en Italie, en Danemark, en Suède, et partout on prétendit que l'emploi de la nouvelle méthode rendait les affections syphilitiques plus bénignes et moins nombreuses. Ajoutons pourtant qu'on ne méconnut jamais complétement l'utilité du mercure administré à petites doses et joint à un régime léger et adoucissant.

De toutes ces statistiques, qui ne furent peut-être pas toujours faites avec un désintéressement complet et qui n'ont pas tenu suffisamment compte de la nature de l'accident primitif, il résulte néanmoins une révolution utile et fructueuse dans la thérapeutique de la syphilis. Jusque-là, en effet, il y avait abus des préparations mercurielles dans tous les accidents primitifs et même dans la blennorrhagie, que l'on regardait comme un de ces accidents. Souvent, au lieu de guérir, on exaspérait le mal : c'est qu'on croyait trop volontiers que ces symptômes étaient toujours suivis de syphilis constitutionnelle. La méthode accréditée par les médecins anglais a prouvé qu'en l'absence d'un traitement mercuriel les chancres syphilitiques eux-mêmes sont moins

(1) Voyez Graves, *Leçons de clin. médic.*, trad. franç. du docteur Jaccoud, 2e éd., t. II, p. 572.

souvent compliqués de phagédénisme, sans être pour cela suivis plus souvent d'accidents consécutifs (1). Cette méthode nous laissa de plus ce précieux enseignement, qu'un grand nombre de lésions syphilitiques, parmi les manifestations secondaires surtout, peuvent céder au simple régime, et qu'ainsi le mercure n'est en aucune façon un spécifique, mais un simple adjuvant qui, dans des conditions données, favorise le retour à la santé. Effectivement, Bennett, tenant compte de tout ce qui avait été publié à cet égard, put écrire : « Le nombre des expériences s'élève aujourd'hui à plus de 80000 qui ont eu pour résultat d'établir d'une manière incontestable que la syphilis est guérie plus vite et expose moins aux accidents secondaires lorsqu'on la traite par une médication simple, que lorsqu'on a recours aux préparations mercurielles (2). » Tout récemment le docteur Drysdale a publié sur la guérison de la syphilis sans mercure un livre auquel nous renvoyons le lecteur (3).

Peu à peu cependant on se remit à traiter la syphilis à l'aide des préparations mercurielles; la syphilisation, nouvelle méthode thérapeutique qui prit naissance il y a quelques années, continua seule le traitement non mercuriel. Mais les attaques livrées à la médication par le mercure ne devaient pas cesser si tôt. Les paradoxes soutenus par l'école de Broussais, complétement délaissés en France, ont été ressuscités il y a peu de temps en Allemagne, où Jos. Hermann (4), Lorinser (5) et quelques autres médecins soutinrent qu'il n'y a point de syphilis secondaire, et que toutes les formes morbides qu'on décrit habituellement sous ce nom sont des conséquences plus ou moins éloignées du traitement mercuriel. Mon intention n'est pas d'entrer dans les nombreuses discussions soulevées par cette nouvelle guerre contre le mercure; qu'il me suffise de dire que grâce aux travaux de

(1) Voyez Gauthier, *Examen historique et critique des nouvelles doctrines médicales sur le traitement de la syphilis*. Discours prononcé devant l'administration de l'hospice de l'Antiquaille, etc. Lyon, 1843.

(2) *Clinical Lectures on the Principles and Practice of Medicine*, Edinburgh, 1859, p. 59.

(3) Drysdale, *Traitement de la syphilis sans mercure*, trad. fr. Paris, 1864.

(4) *Medicinische Studien*, Wien, 1855. — *Die Behandlung der Syphilis ohne Mercur*. Wien, 1856-1857. — *Studien über Krankheitsformen in Idria* (*Wiener med. Wochenschrift*, 1859, nos 19, 20, 21).

(5) *Mercur und Syphilis* (*Wiener medic. Wochenschrift*, 1859, nos 14, 15, 18, 20, 26). — Comparez : J. Keller, *Ueber die Erkrankungen in den Spiegelfabriken zu Sophienhütte Friedrichstheal* etc. (*Wien. med. Wochenschr.*, 1860, no 38).

Singer (1), de Waller (2), d'Overbeck (3) et de A. Kusmaull (4), le mercure cette fois encore fut reconnu innocent des crimes qu'on lui imputait (5). Toutefois, de cette discussion résulta une connaissance plus approfondie de la façon dont cet agent se comporte dans l'économie et de son élimination.

TRAITEMENT PAR L'ARGENT, LE PLATINE ET L'AIRAIN.

Fracastor et quelques médecins de son temps font mention de l'or comme d'un moyen de combattre la syphilis. A. Lecoq, Gervais, Uçay, Pitcairn, et d'autres auteurs, ont proposé ou employé contre la syphilis les préparations d'or. C'est néanmoins au docteur Chrestien, de Montpellier, qu'il appartient d'avoir fait connaître et en même temps popularisé l'emploi de cet agent dans le traitement de la vérole. L'or divisé, l'oxyde d'or, le pourpre de Cassius, le perchlorure d'or et de sodium ; telles sont les préparations qui ont été expérimentées par ce médecin. Nulle saison, nul tempérament ne s'opposent à l'emploi de ces remèdes, et rarement la médication, jointe à la sobriété du régime, demande à être continuée pendant plus de deux mois. Disons que des essais tentés en France et à l'étranger ne sont pas venus confirmer l'opinion avantageuse que Percy avait exprimée à l'égard de cette méthode dans un rapport à l'Académie des sciences.

Le docteur Legrand, d'Amiens (6), n'en a pas moins écrit un volume en faveur de l'or et de ses préparations. Le mercure , dit-il, ne guérit pas les maladies vénériennes, mais l'or les guérit ; donc l'or est le spécifique de la syphilis. C'est évidemment exagérer les effets et fausser le mode d'action du médicament. Quoi qu'il en soit, on trouve dans ce livre quelques histoires de malades qui sembleraient témoigner de l'utilité des préparations auriques dans les accidents

(1) *Wochenblatt der Zeitschrift der Wiener Aerzte*, n° 11.

(2) *Beiträge zur Lösung einiger Streitfragen in der Syphilidologie*, (*Prager Vierteljahrschr.*, t. XVI, 1860).

(3) *Mercur und Syphilis*, Berlin, 1861.

(4) *Untersuchungen über den const. Mercurialismus und sein Verhaltniss z. constit. Syphilis.* Würzburg, 1861.

(5) Voyez Follin, *Mercurialisme et Syphilis*, analyse critique dans *Archiv. de médecine*, octobre 1861.

(6) Legrand, *De l'or, de son emploi dans le traitement de la syphilis.* Paris, 1836

primitifs ou même secondaires, si en réalité ces accidents ne guérissaient souvent d'eux-mêmes. Il y a bien lieu de croire cependant que l'or, comme tous les moyens perturbateurs, n'est pas dépourvu d'utilité dans le traitement de la syphilis.

L'exemple une fois donné, on voulut bientôt essayer tous les métaux précieux. Serres, de Montpellier, préconisa les sels d'argent et l'argent pur dont il prétendit avoir obtenu de bons résultats (1). En 1840, le docteur F. Hoefer (2) vanta contre la syphilis le roi des métaux, le platine, qui ne lui donna que des résultats douteux. Outre l'incertitude de leur action, les différents métaux dont nous venons de parler, sont d'un prix trop élevé pour que l'on puisse songer à les employer sur une grande échelle en thérapeutique.

TRAITEMENT PAR L'ARSENIC, L'IODE ET L'IODURE DE POTASSIUM.

Nous avons dit que l'arsenic servait autrefois dans le traitement de la syphilis, où il était associé aux préparations mercurielles employées soit en lavages, soit en fumigations. Plater (3), comme on sait, ne se contentait même pas de dissoudre du sublimé corrosif dans une très-petite quantité d'eau, il y ajoutait encore de l'arsenic. Cependant cet agent ne cessa pas d'être regardé comme un poison et, comme tel, il ne fut jamais méthodiquement introduit dans la thérapeutique de la syphilis. Tout récemment il a été vanté dans des cas particuliers. Plus tard nous reviendrons sur ce point.

L'iode et ses composés étaient entrés depuis peu de temps dans le domaine thérapeutique lorsqu'ils furent appliqués à la curation de la syphilis. Inspiré par la pratique de Girtanner qui donnait l'éponge brûlée dans les ulcères vénériens de la gorge, Martini, de Lubeck (4), conçut, en 1821, l'idée de substituer l'iode à l'éponge, et il en obtint de bons effets. Il cite plusieurs malades affectés d'ulcères vénériens à la gorge, et qui, après avoir été soumis sans succès à plusieurs traitements, guérirent rapidement de leurs ulcères et de la cachexie

(1) *Mémoire sur l'emploi des préparations d'argent dans le traitement des maladies vénériennes.* Paris, 1836.

(2) Hoefer, *Gaz. méd. de Paris*, 25 novembre 1840.

(3) Voyez le tome III de sa *Pratique*, liv. Ier, chap. XIV. — Astruc, *loc. cit.*, t. II.

(4) *Hufeland's Journal*, avril 1833. — Coindet avait déjà proposé (1820) l'iodure de mercure pour combattre les affections vénériennes compliquées de scrofules.

concomitante. Dans le cours de la même année, Biett, à l'hôpital Saint-Louis, employait avec succès contre les syphilides l'iode uni au mercure. En 1824, Richond des Brus se servait, après Brera et Formey, de la teinture d'iode à l'intérieur, à la dose de 20 à 40 gouttes, en frictions, à la dose de 4 à 8 grammes, contre la blennorrhagie et les bubons. En 1831, Lugol publiait des observations d'accidents tertiaires guéris par les préparations iodurées seules. Ainsi se préparait l'avénement d'un nouvel agent antisyphilitique.

Wallace, de Dublin, a le mérite d'avoir le premier employé l'iodure de potassium, d'en avoir fixé les doses, spécifié les indications, et par cela même d'avoir définitivement introduit l'iode dans la thérapeutique de la syphilis, en plaçant ce médicament presque sur le même niveau que le mercure. Il commença ses expériences en 1832, et il en donna les résultats sous forme de leçons quatre ans plus tard (1). Cent trente-neuf malades furent observés, dont six affectés d'iritis, six d'affections du testicule, dix de maladies diverses des os et des articulations, quatre-vingt-dix-sept de syphilides cutanées, vingt de lésions de la membrane muqueuse de la bouche, du nez, de la gorge; enfin trois femmes enceintes furent également soumises au même traitement dans le but de préserver le fœtus de l'infection syphilitique. La préparation employée, *mixtura hydriodatis potassæ*, contenait 8 grammes d'iodure de potassium pour 250 grammes d'eau distillée. Les adultes prenaient de cette mixture une cuillerée à bouche quatre fois par jour, soit 60 grammes, c'est-à-dire 2 grammes d'iodure de potassium.

Les succès obtenus par Wallace ne tardèrent pas à éveiller l'attention des médecins. En Angleterre, Judd (2), A. Saville (3), Winslow (4), Bullock (5), R. Williams (6); en France, Trousseau (7), Ricord (8),

(1) Voyez *The Lancet*, mars 1836. On trouve la première de ces leçons dans le *Journal des connaissances médico-chirurg.*, t. IV, p. 157.

(2) Judd, *A practical Treatise on Urethrites and Syphilis*, 1836, in-8°.

(3) A. Saville, *London med. Gazette*, août 1835.

(4) Winslow, *London med. Gazette*, décembre 1835.

(5) Bullock, *The Edinburgh med. and surg. Journal*, janv. 1837.

(6) Williams, dans *Syphilidologie* de Behrend, t. II, p. 316, 331.

(7) Trousseau et Pidoux, *Traité de thérapeutique et de matière médicale*, t. I, p. 267, 5e édit., Paris.

(8) Ricord, *Bull. génér. de thérapeutique*, t. XII, 1837, p. 241, et *Gaz. des hôpitaux*, 1839.

Payan (1), Gauthier (2), Boys de Loury et Costilhes (3) ; en Italie, Brera, Sperino, Riberi et Gasca (4), Pellizzari (5); en Allemagne, Gusman (6), essayèrent l'emploi de l'iodure de potassium et en constatèrent les bons effets. Ricord reconnut que les accidents tertiaires étaient plus heureusement influencés par cet agent que les accidents secondaires. Les accidents profonds de la peau et des membranes muqueuses, les tumeurs gommeuses du tissu cellulaire, les lésions osseuses ; telles sont les manifestations qui lui parurent céder le plus facilement à l'emploi de l'iodure de potassium. Ce fait accepté par Trousseau, Sperino, Payan, Gauthier et plusieurs autres expérimentateurs, est enseigné par Bazin ; nous avons été conduit à l'admettre nous-même. Il fut en outre reconnu qu'il était possible d'administrer, en les graduant, des doses plus élevées que celles dont Wallace faisait d'abord usage. Peu à peu on administra de 1 à 4 et même 6 grammes de ce médicament par jour ; on éleva encore la dose, mais sans augmentation proportionnelle de son influence thérapeutique.

Malgré des attaques déterminées le plus souvent par des changements de doctrine, une expérience de trois siècles a consacré, ainsi que nous le savons, l'utilité du mercure dans la thérapeutique de la syphilis, quand la plupart des autres méthodes employées pour combattre cette maladie sont tour à tour tombées dans un oubli presque complet. L'iodure de potassium, dont l'emploi date d'hier, n'a pas eu à subir les mêmes vicissitudes; ses heureux effets sont si généralement reconnus, qu'on ne peut aujourd'hui lui refuser, dans le traitement de la syphilis, une place à côté du mercure. Ainsi deux substances,

(1) *Essai thérapeutique sur l'iode, ou Application de la médec. iodée ou iodurée*, Bruxelles, 1850, et *De l'emploi de l'iodure de potassium*, etc., Paris, 1847.

(2) *Observat. pratiques sur le traitement des maladies syphilit. par l'iodure de potassium.* Lyon, 1845.

(3) *Des différents agents thérapeut. employés à Saint-Lazare contre les malad. syphilit. et de leur appréciation* (*Gaz. méd. de Paris*, 1847, p. 418).

(4) Voy. *Giornale delle scienze mediche*, 1847.

(5) *Gazetta toscana delle scienze medico-fisiche*, 1845.

(6) *Medicin. Jahrb. des Œsterr. Staates*, 1843. — Comparez : Ebers (de Breslau), *Medicinische Zeitung*, 1836. — Hanck et Kluge, journ. *l'Expérience*, juillet 1844. — Oct. Hocken, *De la valeur comparative des préparations de mercure et d'iode dans le traitement de la syphilis* (*Ann. des malad. de la peau*, t. I, p. 344, et *Gaz. méd. de Paris*, 27 juillet 1844). — Esparbès, *De l'emploi de l'iodure de potassium contre la syphilis.* Thèse de Strasbourg, 1859. — Evrain, *De l'iodure de potassium dans tous les âges de la syphilis.* Thèse de Paris, 1861.

l'iode et le mercure, sont incontestablement les principaux agents qu'il nous soit donné d'opposer aujourd'hui aux ravages de la syphilis.

Il serait superflu d'insister plus longtemps sur les méthodes de traitement employées jusqu'ici dans le but de combattre la syphilis ; ce que nous en avons dit est plus que suffisant, ce me semble, pour donner un aperçu de la multiplicité des médications et des phases diverses qu'a traversées la thérapeutique syphilitique. Je ferai remarquer, en terminant, que l'esprit de système a toujours eu la plus fâcheuse influence sur la manière de traiter la syphilis, et qu'aujourd'hui il importe de reconnaître que cette maladie, de même que toutes celles qui attaquent l'espèce humaine, réclame expectation ou action, suivant les indications qui se présentent. Il nous reste maintenant à rechercher ces indications dans la syphilis accidentelle et dans la syphilis héréditaire.

§ 2. — Traitement de la syphilis accidentelle.

La syphilis est curable, puisqu'elle cède à un traitement bien dirigé ; mais en outre elle est susceptible de guérir seule, *sponte sua*, c'est-à-dire sans médication et par le secours de la simple hygiène. Dans les conditions où nous observons, il est assez rare de rencontrer des cas de guérison spontanée de la syphilis, car si nos malades ne se traitent pas eux-mêmes, ils demandent à être traités, et nous autres médecins, nous ne voulons pas prendre sur nous la responsabilité d'abandonner à elle-même une maladie qui, en somme, n'est pas sans danger. Mais il est des contrées où les choses se passent autrement, et pour bien connaître la marche naturelle de la syphilis, le mieux est de l'étudier chez les peuples non civilisés. En effet, l'auteur de l'histoire générale des Pirates (1725), Johnson, écrit au sujet des Brésiliens : « La plupart des individus (hommes et femmes), sont atteints d'affections vénériennes ; mais ils n'ont recours à aucun médecin pour pallier ces accidents. Le seul homme qui s'occupe de les soigner est un prêtre irlandais qui n'a d'autres médicaments que deux ou trois simples. C'est avec ces plantes, dont l'action est secondée par la salubrité de l'air et par une diète légère, que les habitants triomphent de la maladie, et s'il en est peu qui échappent aux ennuis d'un écoulement ou d'une éruption, il n'en est pas un, du moins, qui soit précipité dans cet abîme de maux dans lequel le mercure a déjà

plongé tant de victimes (1). » Livingstone, comme nous l'avons dit (2), nous apprend que, dans le centre de l'Afrique méridionale, la syphilis guérit d'elle-même. Lesson rapporte que la syphilis ne fait point de ravages dans les îles de la Société et notamment à Taïti. Le régime essentiellement doux des habitants, qui ne vivent que de fruits et ne boivent que des émulsions de coco; la fréquence des bains, la température élevée du climat, l'indolence qui, chez eux, s'oppose à la fatigue, la racine d'ava qui les enivre et les fait suer abondamment, en sont, dit ce voyageur, la médication la plus active et la plus efficace. En Égypte, la syphilis guérit aussi très-facilement sous l'influence d'un régime un peu sévère (3), ou par des remèdes fort simples, comme l'affirment Sonnini et Bruce. Cela se pratiquait ainsi jadis en Numidie, au rapport de Léon l'Africain. Inutile d'insister sur ce genre de preuves; il en est un autre non moins important que donne l'historique même des méthodes thérapeutiques employées à combattre la syphilis. Les nombreux malades traités par les bois sudorifiques, par l'opium, etc., et qui ont guéri, doivent évidemment leur guérison autant aux efforts de la nature qu'à l'influence du traitement, qui a tout au plus joué le rôle d'adjuvant; et, bien qu'il y ait lieu de croire que la plupart des cures attribuées par les médecins anglais au traitement non mercuriel aient été relatives à des chancres mous plutôt qu'à des chancres durs et à la syphilis constitutionnelle, il est du moins fort admissible que la syphilis vraie n'a pas été étrangère à tous ces cas. Ainsi, la marche naturelle de la syphilis dans certaines contrées, les méthodes thérapeutiques antérieurement employées, l'observation journalière (4), montrent que la syphilis est susceptible de guérison spontanée, de sorte qu'un organisme modifié par le virus syphilitique peut, avec le temps, revenir à son type primitif et normal, sans qu'il soit toujours nécessaire de faire intervenir une médication active et des agents particuliers. La syphilis, à ce point de vue, ne diffère ni de la variole, ni de la fièvre typhoïde, ni du rhumatisme,

(1) *Clinique médicale* de Graves, trad. franç. de Jaccoud, t. II.

(2) Voyez p. 50 de ce livre.

(3) Voyez p. 51 de ce livre, et *Gaz. médic. de Paris*, année 1839, p. 394, *Sur le traitement de la syphilis en Égypte*, par Clot-Bey.

(4) Diday, *Histoire naturelle de la syphilis*, 1863, p. 156, compte dix-huit syphilitiques guéris sans mercure et dont la guérison remonte à trois ans et demi et au delà.

ni d'aucune maladie, et le rôle du médecin appelé à la traiter consiste uniquement à venir en aide aux efforts de la nature et à favoriser la tendance à la guérison. Dans ces conditions, il est clair que la thérapeutique générale de la syphilis doit être expectative : c'est dire que le médecin ne peut agir en vue d'idées théoriques, mais seulement lorsqu'il existe des indications formelles. Comment arriver à ce but, tel est le point qu'il nous reste à examiner. Pour cela, suivons la syphilis dans ses différentes phases et dans ses différents siéges ; c'est le seul moyen de répondre à toutes les indications que présente cette maladie si longue et si variée.

PÉRIODE D'INCUBATION ET D'ÉRUPTION LOCALE.

Le médecin, on le conçoit, est rarement appelé à traiter la syphilis à la période d'incubation ; mais cependant on peut se demander si déjà à ce moment il n'y aurait pas, en cas de doute, quelque chose à faire. Le virus syphilitique étant considéré comme un poison, quelques auteurs ont cru à la possibilité de le combattre directement dans le sang. Pour moi, dit Swediaur (1), il est vraisemblable que les remèdes mercuriels entrent dans la masse des humeurs, se mêlent avec le virus, et exercent sur lui une action chimique directe, par laquelle sa nature et ses effets sont détruits. Cette théorie, pendant longtemps acceptée, régnait encore naguère (2), et même aujourd'hui elle compte des partisans. Partout on entend répéter que le mercure neutralise le virus syphilitique, on en est à chercher le contre-poison de la syphilis comme celui du choléra et bien d'autres. C'est là, disons-le, le résultat d'une fausse éducation médicale. Je pense avec Graves (3) que la syphilis et le mercure ne sont point, comme un acide et un alcali, deux forces opposées dont l'existence simultanée est impossible. Évidemment, on ne peut contester qu'une substance toxique, quelle qu'elle soit, ne puisse être neutralisée sur place ; mais une fois qu'elle est absorbée, il n'est pas moins contestable qu'il n'y a plus qu'un moyen de combattre ses effets ou de s'opposer à leur manifestation, c'est de produire des effets physiologiques capables de rétablir

(1) *Traité compl. des malad. vénér.*, Paris, 1001, p. 79.
(2) Consultez : *Journ. de la section de méd. de la Société académique de la Loire-Inférieure*, et *Gaz. méd.*, 1836, p. 87.
(3) *Cliniq. méd.*, trad. fr. de Jaccoud, 2e édit., t. II, p. 634.

la fonction primitivement troublée. Or, dans l'espèce, le mercure, regardé comme un agent spécifique par les partisans de la neutralisation des poisons, est aussi incapable de modifier ou d'annihiler le virus syphilitique pendant la période d'incubation, qu'il sera plus tard incapable de prévenir les accidents secondaires ou tertiaires (1). Donc, pas d'hésitation, abstention complète de toute médication pendant le cours de l'incubation syphilitique, conséquemment pas de traitement général préventif. L'accident primitif a paru, la syphilis existe à n'en plus douter (2); doit-on dès lors commencer un traitement général? Faut-il différer ce traitement jusqu'à l'apparition des accidents constitutionnels? Pour moi, répond Ricord (3), une induration bien nettement formulée me suffit pour prescrire le traitement général, et, du premier jour où je puis la constater, j'attaque de front la diathèse. Contre le chancre induré, le chancre huntérien, écrit Diday (4), donnez le mercure (de préférence le proto-iodure); contre l'érosion chancriforme, pas de traitement interne. Baerensprung (5), au contraire, repousse formellement les préparations mercurielles, il recommande contre le chancre induré les dérivatifs et les sudorifiques, particulièrement les bains russes. Dans ces conditions, la guérison des chancres se fait attendre plus longtemps, et les rechutes sont plus fréquentes; mais elles n'ont lieu que dans les premiers mois qui suivent l'infection, au plus tard au quatrième mois, et elles se bornent à quelques syphilides superficielles de la peau et des muqueuses. Jamais le syphilographe de Berlin n'a observé de syphilis tertiaire chez des malades traités par lui et qui s'étaient abstenus de l'usage des mercuriaux.

Ces autorités nous suffisent; mais en présence de cette divergence d'opinions, que faire? Et tout d'abord, que peut-on attendre du traitement mercuriel à cette période? Va-t-il prévenir les accidents secon-

(1) Crousillard (thèse de Strasbourg, 1863) cite, d'après plusieurs auteurs, des faits de syphilis secondaire survenue malgré l'emploi des moyens thérapeutiques dits spécifiques.

(2) Dans le cas où un diagnostic ne peut être sûrement porté, il est clair que tout médecin consciencieux doit s'abstenir d'un traitement général. Si le moindre doute reste dans votre esprit, dit Ricord, je vous adjure de différer toute médication spécifique et de savoir attendre.

(3) *Leçons sur le chancre*, par A. Fournier, 2e édit., p. 298.

(4) *Histoire naturelle de la syphilis*, Paris, 1863, p. 189.

(5) *Exposé de la doctrine de M. le professeur V. Baerensprung (de Berlin) relativement à l'origine et au traitement de la syphilis*, par J.-F. Van der Donckt (*Archiv. médic. belges*, analyse dans *Gaz. médic. de Paris* 1865 p. 587).

daires? En aucune façon. Martins, Bassereau, Leudet, H. Lee, Bazin, Gibert, s'accordent tous à admettre, d'après une observation rigoureuse, que les mercuriaux employés dans la curation des symptômes primitifs ne préservent pas des manifestations secondaires, et qu'ils servent au plus à en retarder l'apparition. Des faits nombreux, consignés par Diday dans son dernier ouvrage, témoignent, d'autre part, de l'impuissance du mercure en tant que préventif des accidents généraux. Donc, un premier point peut être établi : le mercure ne s'oppose en rien à la manifestation des accidents secondaires, conséquemment il n'attaque pas la diathèse comme le prétend Ricord, et, à ce point de vue, il est inutile, sinon nuisible. Mais relativement à l'accident primitif, quelle est son action? Baerensprung observe que la durée du chancre est plus longue lorsqu'on n'a pas recours aux préparations mercurielles ; les faits sur lesquels il base son opinion, tout en démontrant que le mercure abrége la durée du chancre, tendent à faire supposer qu'il favorise la résorption de l'induration. Conséquemment, le traitement mercuriel convient peu à la période d'éruption locale, et il n'est indiqué qu'autant qu'un chancre fortement induré tarde à se résoudre : le mercure alors peut jouer le rôle d'un adjuvant utile et d'autant plus nécessaire, que le système ganglionnaire lymphatique est plus profondément atteint. A part ces conditions, les soins de propreté suffisent le plus souvent à la thérapeutique du chancre infectant. Ainsi l'ulcération sera lavée avec le vin aromatique ou l'alcool mêlé d'une quantité variable d'eau, ou encore avec l'alcoolé de Guaco (1), et pansée ensuite avec une pommade au calomel (2), ou simplement avec de la charpie sèche.

Ricord, on le sait, pratique toujours la cautérisation au début du chancre; mais dès l'instant où il est prouvé que cet accident est la première expression phénoménale de la modification de l'organisme, il devient clair que la méthode abortive n'a plus aucune valeur. Si cette méthode a pu enregistrer quelques succès, c'est, comme le fait judicieusement remarquer Follin, qu'elle a été employée indifférem-

(1) Voyez Pascal, *Du guaco et de ses effets curatifs dans diverses formes du mal vénérien.* Paris, 1860.

(2) En pareil cas, Ricord prescrit la pommade suivante :

Cérat opiacé	30 grammes.
Poudre de calomel..................	1 —

Mêlez. — Trois pansements par jour.

ment contre le chancre mou et le chancre infectant à une époque où la distinction de ces deux espèces n'était pas encore connue.

L'expérience a du reste parlé sur ce point. J.-L. Petit, qui dès le début de sa pratique se mit à exciser les chancres indurés préputiaux, finit par renoncer plus tard à cette opération qu'il jugea inutile. Plus récemment, Diday (1) ne réussit pas à empêcher l'infection constitutionnelle, malgré la destruction, à l'aide des pâtes carbo-sulfurique ou de chlorure de zinc, de chancres qui avaient moins de trois jours de durée ou seulement vingt-quatre heures. A cet égard, pas de doute ; la méthode abortive dirigée contre l'accident syphilitique primitif est tout au moins inutile.

Les ferrugineux, les toniques, et même l'hydrothérapie, sont des moyens que réclame le plus souvent l'état général du malade, et que rendent indispensables certaines complications, telles que le phagédénisme, qui est l'indice d'une tendance fâcheuse du mal que les anciens désignaient par le mot malignité. Ici, toutefois, un traitement local devient nécessaire ; la cautérisation, voilà la barrière la plus sûre à opposer au phagédénisme. A cet effet, Ricord donne la préférence à la pâte sulfo-carbonique, et dans les cas de chancres très-vastes il conseille d'avoir recours au chloroforme pour amoindrir les douleurs de l'opération. Rollet se sert plutôt du fer rougi à blanc ou de la pâte au chlorure de zinc, avec les précautions que nous indiquerons plus loin.

Dans certains cas pourtant, de simples pansements avec une solution de tartrate ferrico-potassique (2) et le fer pris à l'intérieur sont des moyens qui parviennent à triompher du mal.

En cas de complication inflammatoire, le repos, les bains, les cataplasmes émollients trouveront leur application. Ces moyens serviront encore à combattre le phimosis et le paraphimosis ; mais si le prépuce ou une portion du gland menaçaient de tomber en sphacèle, on comprend qu'il ne faudrait pas hésiter à pratiquer une opération qui n'a pas ici, comme dans le chancre mou, l'inconvénient de réinoculer

(1) Voyez *Gaz. médic. de Lyon* et *Gaz. méd. de Paris*, 1860, p. 333.

(2) Ricord prescrit la liqueur ci-dessous :

℞ Eau distillée.................. 250 grammes.
Tartrate ferrico-potassique.... 30 —

Prendre chaque jour trois cuillerées à bouche.

Panser trois fois par jour avec la charpie imbibée de ce liquide.

l'accident vénérien. Rien n'est plus simple, en effet, que d'enlever l'extrémité du prépuce et le chancre qui s'y est fixé.

Le chancre mou ou chancre simple (fausse syphilis), dont l'action est toute locale, n'exige qu'un traitement local; mais ce traitement est de la plus grande importance en raison des complications fréquentes de cet accident et de sa fâcheuse disposition à s'étendre et à se multiplier. Hunter a saisi nettement à cet égard l'indication à remplir : « La méthode la plus simple de traiter un chancre (1), dit-il, consiste à le détruire ou à l'extirper. De cette manière, on le réduit à l'état d'ulcère ou de plaie simple, et il se cicatrise comme tout ulcère ou plaie de cette nature. » Réduire l'ulcération spécifique à l'état d'un ulcère simple, transformer une plaie possédant la cause spéciale d'entretien en une plaie qui n'a plus sa raison d'être, tel est, en d'autres termes, pour Ricord, le but auquel doit tendre le traitement. La cautérisation, pourvu qu'elle soit suffisamment profonde, atteint merveilleusement ce but; elle se pratique avec différentes substances, la potasse, l'acide nitrique, et de préférence avec le caustique carbo-sulfurique (Ricord) ou la pâte au chlorure de zinc (Rollet, Diday) (2). Après avoir abstergé les parties malades, Rollet applique à leur surface des rondelles de caustique, de façon à les recouvrir exactement sans les dépasser. Ces rondelles sont assujetties avec de la charpie, des bandelettes de diachylon ou des bandes, suivant les régions; elles restent en place pendant une ou plusieurs heures, selon la profondeur de la lésion et les effets que l'on veut obtenir. L'eschare se détache presque toujours le troisième jour, la plaie qui lui succède est d'ordinaire recouverte d'un enduit pseudo-membraneux pouvant faire croire qu'elle est encore virulente, si un examen attentif ne venait montrer que les bords sont de niveau avec le fond et que toute la surface s'élève et se répare au lieu de se creuser par l'ulcération. Les avantages du caustique au chlorure de zinc sont de ne déterminer que des douleurs de peu d'intensité et de ne pas exposer aux hémorrhagies.

Tandis qu'un traitement général suffit pour combattre les adénopa-

(1) Hunter ne fait ici aucune distinction entre le chancre mou et le chancre syphilitique.

(2) Consultez : Rollet, *Gaz. méd. de Lyon*, 15 décembre 1857. — Diday, même journal, 1858, n°s 2 et 4. — Dron, *De la Méthode destructive des chancres* (*Annales de la syphilis*, 1858). — Debauge, Thèse de Paris, 1858.

thies du chancre syphilitique, dont la suppuration est exceptionnelle, un traitement local est presque toujours nécessaire contre les bubons du chancre mou. Ce traitement varie toutefois suivant la période d'évolution de ces accidents. Au début, tant qu'il n'existe aucune suppuration, repos, cataplasmes émollients, bains, ponctions résolutives à l'aide de pommades mercurielles ou iodurées, tels sont les moyens indiqués. Les badigeonnages avec la teinture d'iode ont l'inconvénient d'exciter une vive douleur. Les vésicatoires, employés comme moyens abortifs, ont quelquefois réussi ; les sangsues, prescrites dans le même but, ont le grave inconvénient, quand le bubon suppuré vient à s'ouvrir, de pouvoir servir à son inoculation, si les piqûres qu'elles ont produites ne sont pas encore cicatrisées. Les incisions prématurées, conseillées dans le but d'éviter des décollements de la peau, sont en général intempestives ; mais lorsque la suppuration a lieu et que le bubon menace de s'ouvrir, il ne faut pas hésiter à donner issue au pus. Une seule incision pratiquée à l'aide du bistouri est préférable au caustique. L'emploi du séton filiforme, tel que le recommande Bonnafont, n'est pas à repousser. Remarquons que ces méthodes de traitement ont l'avantage de convenir au bubon virulent comme au bubon sympathique, dont le diagnostic, ainsi que nous l'avons dit, est toujours entouré des plus grandes difficultés.

Après l'incision, le bubon ulcéré et transformé en plaie virulente réclame les mêmes soins que le chancre mou (1).

PÉRIODE D'ÉRUPTION GÉNÉRALE OU DES ACCIDENTS SECONDAIRES.

Le principal agent thérapeutique à opposer aux manifestations de cette période est le mercure. Mais les déterminations locales, bien qu'imminentes, n'ont pas encore paru ; le malade n'en est qu'aux prodromes, accablé par une céphalée violente, il éprouve une lassitude générale, des douleurs vagues et un abattement moral qui indi-

(1) Consultez : Bonnafont, *Mém. de méd. et de chir. milit.*, 1854, 2e série, t. XIII, p. 337. — Reboul, *Des adénites vénériennes*. Thèse de Paris, 1857. — Eiber, *Behandlung eiternder Bubonen nach* Lebert (*Wien med. Wochenschrift*, n° 38, 1860). — *Schmidt's Jahrb.*, t. CXIV, p. 199. — Weisflog, *Ueber die Broca'sche Behandlung Methode der eiternden Bubonen* (*Schweiz Monatschr.*, n° 12, 1860). — A. Guérin et P. Picard, *Sur le traitement des bubons* (*Bullet. génér. de thérapeutique*, t. LV, juin 1861).

quent l'irruption prochaine du mal. Doit-on commencer la médication mercurielle ? Nullement, répond Diday, dont nous partageons, sur ce point, la manière de voir. Suspendez plutôt tout traitement mercuriel déjà prescrit, et, ne tenant que médiocrement compte de l'état spécifique, demandez vos médications aux principaux symptômes.

Administrez un purgatif doux, si l'état saburral prédomine, et plus tard donnez des ferrugineux dans le cas de chloro-anémie manifeste. Joints à la tranquillité, au repos, à l'usage de quelques bains et à de petites doses d'opium, ces moyens parviendront le plus souvent à atténuer, sinon à combattre le mal. Autrement, il resterait à recourir, suivant le conseil donné par Diday, à l'iodure de potassium ou de sodium que l'on administrerait à la dose quotidienne de 1 à 2 grammes par jour.

Une première poussée éruptive fait invasion, le malade prend du mercure, je continue cet agent, écrit encore Diday. Le malade est exempt de toute médication ; la réponse n'est pas moins précise que la question, ajoute le même auteur. A roséole... expectation..... A syphilide vésiculeuse, squameuse, pustuleuse... mercure..... A syphilide papuleuse... expectation..... ; mais surveillance. Pour nous, partisan de l'expectation en fait de syphilis, cette manière d'agir est très-séduisante. Cependant, comme il n'est pas sûrement prouvé que les syphilides rubéolique et papuleuse soient toujours l'indice d'une forme réellement bénigne, et comme, d'ailleurs, en l'absence d'un traitement spécifique, ces manifestations peuvent avoir une durée fort longue, nous sommes porté à admettre que tout exanthème nettement syphilitique réclame l'emploi du mercure. De même, les éruptions enanthématiques, les affections secondaires des yeux, des articulations, etc., demandent à être combattues par les préparations mercurielles. Conséquemment, la présence d'une lésion secondaire indiquerait l'emploi du mercure, sauf certains cas exceptionnels dont il sera parlé plus loin.

En l'absence de ces lésions, pas d'indication, pas de traitement, la médication mercurielle ne pouvant, ainsi que nous le savons, préserver des accidents ultérieurs. Mais l'indication reconnue, quelle méthode doit être préférée ? le mercure sera-t-il employé à l'extérieur ou à l'intérieur ?

Médication externe. — Plus haut, nous avons fait connaître la méthode des lotions et celle des fumigations mercurielles. Aujourd'hui,

justement tombées en désuétude, ces méthodes ne peuvent nous arrêter. Il n'en est pas de même de la méthode des frictions, qui n'a pas cessé d'être en vogue en Allemagne, et qui mérite incontestablement la préférence quand à la syphilis s'ajoutent des désordres des voies gastriques rendant impossible l'usage interne des mercuriaux.

Déjà différente par la formule et la quantité d'onguent employé, la méthode des frictions est encore susceptible de varier suivant la région où se trouve appliqué l'agent médicamenteux. Peyrilhe faisait pratiquer les frictions à la surface du gland, et Cirillo à la plante des pieds. Clare frictionnait, plusieurs fois par jour, la face interne des joues, aux environs du canal de Sténon, avec 0,02 à 0,05 grammes de calomel. Baerensprung (1) et Sigmund, les deux principaux syphilographes allemands qui accordent aux onctions mercurielles la prééminence sur toute autre médication par le mercure, usent d'un procédé peu différent.

Appliquée par Sigmund (2), cette méthode comprend trois temps : la préparation des malades, les frictions et le traitement après les frictions. La préparation des malades dure de six à dix jours. On cherche à régulariser le régime, à écarter ou à modifier diverses affections, comme les fièvres, les diarrhées et surtout les affections des gencives. On rend la peau plus souple par l'emploi de bains dont la température varie de 24 à 27° Réaumur. Les frictions sont faites sur les deux jambes, les deux cuisses, les faces antérieures de la poitrine et du ventre, sur le dos et sur les bras. Chaque friction dure au moins vingt minutes. Elle doit être pratiquée le soir avant le coucher, et l'on enveloppe ensuite les parties frictionnées dans des draps de toile ou de coton. Le changement de linge après chaque friction est nécessaire. La dose d'onguent mercuriel employé dépasse 1 gramme par jour. Le nombre des frictions varie de vingt à trente. Les malades doivent garder le lit pendant dix-huit heures et peu manger ; mais dans l'alimentation il faut toujours tenir compte des complications anémiques qui contre-indiquent la diète. En même temps on devra prescrire des gargarismes au sublimé, à l'alun, à la teinture d'iode, suivant qu'il y a ou non ulcération de la muqueuse buccale ou pharyngée. On suspend les frictions pendant la période menstruelle ; il

(1) *Annalen des Charite-Krankenhauses*, 1858, vol. VII, p. 2.
(2) *Die Einreibungscur mit grauer Salbe bei Syphilisformen*, Wien, 1859.

n'en est pas de même pendant la grossesse, et Sigmund pense qu'appliquées de bonne heure, elles peuvent prévenir l'infection du fœtus. Chez les femmes en couche on attend pendant deux ou trois semaines avant de commencer les frictions, jusqu'à ce que l'anémie qui suit en général l'accouchement ait disparu. Les frictions faites chez des nourrices ne paraissent pas avoir d'influence sur la syphilis des enfants qu'elles allaitent ; aussi sont-elles en même temps employées chez ces enfants. La cicatrisation des blessés et des opérés n'est pas retardée par ce mode de traitement. En même temps qu'on prescrit les frictions, on peut donner des médicaments internes : les décoctions de Zittmann, de Pollini, les diurétiques, les narcotiques, diverses préparations iodées, ferrugineuses, les amers, l'huile de foie de morue. La saison la plus favorable pour l'emploi de cette médication est le printemps et la première moitié de l'été.

Après la dernière friction, les malades prennent un bain de savon (25 à 27° R.) d'une demi-heure. On les fait encore rester pendant plusieurs jours au lit et on cherche à provoquer la transpiration. L'alimentation est peu à peu augmentée. Ce traitement n'est pas exempt de tout accident; on observe des inflammations cutanées et des eczémas rarement assez intenses pour obliger à le suspendre. La salivation est un accident plus sérieux que l'on ne doit en aucune façon chercher à obtenir ainsi qu'on le faisait autrefois. Peu souvent, du reste, cette salivation est assez abondante pour que l'on doive cesser l'emploi des frictions. Sigmund a été plusieurs fois dans la nécessité de suspendre la médication à cause de l'existence de sueurs abondantes, de diarrhées rebelles, de congestions cérébrales ou pulmonaires, d'hémorrhagies par les fosses nasales, par l'anus, par l'utérus, d'attaques épileptiques, d'insomnies opiniâtres.

Les bains qui contiennent du mercure en dissolution constituent une méthode toujours très-infidèle à cause de la difficulté où on est de savoir, même approximativement, la dose du médicament absorbée. En tant que méthode générale, les bains mercuriels doivent être rejetés ; mais on peut y avoir recours lorsqu'il s'agit de produire un effet local, ainsi qu'il arrive dans les syphilides rebelles. Le bichlorure de mercure est le sel qui mérite la préférence ; il s'emploie à la dose de 10 à 50 grammes, préalablement dissous dans l'alcool ou dans l'éther. Dans ces mêmes conditions, les fumigations, dont il a été parlé, peuvent également produire de bons effets; c'est le cinabre

qui est habituellement employé à la dose de 8 à 12 grammes par fumigation. La température est graduellement élevée, mais elle ne doit jamais être portée au delà de 40 ou 45 degrés. La fumigation doit être continuée pendant 15 ou 20 minutes et répétée tous les jours. Tels sont les moyens externes usités de nos jours (1); ces moyens, il ne faut pas l'oublier, ont des indications et des contre-indications qu'il faut nécessairement connaître. En général ils conviennent dans les syphilis rebelles que ne parvient point à modifier la médication interne.

Médication interne. — Cette médication est celle que l'on préfère et que l'on emploie généralement en France, à moins des circonstances particulières ci-dessus signalées. Des préparations nombreuses sont mises en usage ; nous nous bornerons à faire connaître les principales d'entre elles.

Malgré son ancienne vogue, le mercure métallique est aujourd'hui délaissé. Les pilules de Belloste (2) et les pilules bleues (3), après avoir joui d'une grande célébrité, sont à peu près complétement oubliées. Les pilules de Sédillot (4) sont plus ordinairement conseillées : j'ai plusieurs fois constaté leurs bons effets entre les mains de mon maître M. Rayer, et j'ai souvent eu l'occasion de les employer avec succès.

(1) Le calomel employé en injections sous-cutanées, d'après la méthode de M. Scarenzio (*Annali universali di medicina*, 1864), aurait donné de bons résultats au docteur Ambrosoli (voy. *Giornale italiano delle malattie veneree*.

(2) Pilules de Belloste :

♃ Mercure métallique.....	aa	0,05
Aloès..................		
Rhubarbe.............	aa	0,02
Scammonée...........		
Poivre noir............		0,01

Pour une pilule.

(3) Pilules bleues :

♃ Mercure métallique.....		0,05
Conserve de roses......	aa	0,10
Poudre de réglisse......		

Pour une pilule.

(4) Pilules de Sédillot :

♃ Onguent mercuriel double....		0,10
Savon médicinal...........	aa	0,10
Poudre de guimauve........		

Pour une pilule.

Le mercure métallique demande, pour réussir, à être administré à des doses relativement élevées. Afin d'éviter ce léger inconvénient, on a depuis longtemps eu l'idée de recourir à ses composés. Celui de ces composés qui a joui de la plus grande réputation, tant à cause des bons effets qu'il a produits que de la grande autorité qui l'a en quelque sorte imposé à toute une génération médicale, est le bichlorure de mercure ou sublimé corrosif. Préconisé dans le traitement de la syphilis par E. Blancard, Melch. Friccius, Hoffmann, Boerhaave, ce médicament fut définitivement accepté par les médecins comme un antisyphilitique puissant depuis Van Swieten (1), qui sut en régler le mode d'emploi d'après une formule que lui avait envoyée de Russie le célèbre Sanchez. La formule prescrite par le médecin viennois a été modifiée dans le but d'empêcher l'action quelquefois pénible du sublimé sur l'estomac (2).

Mialhe (3) associe l'albumine au sublimé, et cette manière de faire a été imitée par Bærensprung et Michaëlis. Mais ce n'est pas seulement en solution que l'on administre le sublimé, on le donne encore sous la forme pilulaire afin d'éviter le goût désagréable qu'il détermine, et de faciliter le secret dans le traitement. C'est ainsi qu'il sert de base aux pilules de Cullerier (4) et de Dupuytren (5).

(1) Liqueur de Van Swieten :

♃ Deutochlorure de mercure....	80 centigrammes.
Eau-de-vie de grains........	1000 grammes.

Une cuillerée à bouche, c'est-à-dire 15 grammes, matin et soir.

(2) Voici la formule du dernier codex :

♃ Deutochlorure de mercure...	1 partie.
Eau pure..................	900 —
Alcool rectifié..............	100 —

(3) Mialhe a donné la formule suivante :

♃ Sublimé....................	1 gramme.
Chlorhydrate d'ammoniaque.	5 —
Blanc d'œuf................	n° 2
Eau......................	q. s.

Pour 1000 grammes de liquide, de une à trois cuillerées par jour. Chaque cuillerée contient 0gr,015 de sublimé.

(4) Pilules de Cullerier :

♃ Deutochlorure de mercure...	1 gramme.
Farine de froment..........	15 —
Gomme pulvérisée...........	2 —
Eau distillée...............	q. s.

Faites des pilules de 0gr,15 matin et soir.

(5) Pilules de Dupuytren :

Le protochlorure de mercure ou calomel, très-usité autrefois, est aujourd'hui d'un usage beaucoup plus restreint en fait d'affections syphilitiques. Les doses élevées dont il faut user pour obtenir des effets curatifs ayant l'inconvénient de provoquer la salivation ou d'irriter l'intestin, il n'est plus guère employé que comme purgatif. Introduits dans la thérapeutique par Biett, les iodures de mercure n'ont pas tardé à acquérir un rang élevé dans le traitement de la syphilis. Après avoir essayé le biiodure, Biett finit par adopter de préférence le protoiodure. Plus tard, Puche (1) et Gibert (2) revinrent au biiodure qu'ils associèrent à l'iodure de potassium dans le traitement des syphilides profondes.

Cazenave (3), Ricord (4), Bazin et un grand nombre de médecins

℞ Sublimé corrosif.............	0,012
Extrait d'opium.............	0,015
Extrait de gayac............	0,050

Pour une pilule, à prendre 2 par jour.

Aux enfants, chez lesquels les préparations sirupeuses sont plus faciles à administrer, on pourra donner le sirop de Larrey :

℞ Sirop de Cuisinier...........	500 grammes.
Chlorhydrate d'ammoniaque.	
Bichlorure de mercure....... *aa*	25 à 30 centigrammes.
Extrait thébaïque...........	

Prendre 1, 3 à 6 cuillerées par jour.

(1) Puche combine le biiodure de mercure avec l'iodure de potassium comme il suit :

Iodhydrargyrate de potassium	1 gramme.
Iode........................	1 —
Iodure de potassium........	20 —
Sirop de coquelicot..........	473 —

Dose de 25 à 100 grammes par jour, dans une tisane appropriée. Ce sirop convient très-bien aux individus à constitution lymphatique arrivés à la fin de la période secondaire.

(2) Gibert recommande le sirop de deutoiodure ioduré de mercure (Boutigny), lequel contient par 25 grammes :

Biiodure de mercure....	01 centigramme.
Iodure de potassium.....	50 —

(3) Cazenave donne, dans les vingt-quatre heures, 5, 10, 15 et 20 centigrammes de protoiodure de mercure, ou 2 à 4 des pilules suivantes :

℞ Protoiodure de mercure......	50 centigrammes.
Thridace.....................	1 50 —

Pour vingt pilules.

(4) Ricord préfère la formule que voici :

℞ Protoiodure d'hydrargyre..... *aa*	3 grammes.
Thridace....................	

font choix du protoiodure de mercure lorsqu'il s'agit de traiter les syphilides superficielles et les accidents qui leur sont contemporains. Le cyanure de mercure, préconisé par Biett et Parent-Duchâtelet, est en général fort peu usité malgré l'avantage que lui attribuait ce dernier de ne pas déterminer des douleurs épigastriques comme le deutochlorure.

Telles sont les méthodes diverses et les préparations généralement employées dans la syphilis secondaire. Au résumé, l'emploi du mercure à l'intérieur constitue une méthode simple et non dangereuse. Le bichlorure et le protochlorure mercuriels sont les deux composés qu'il convient de choisir ; mais le bichlorure est sans aucun doute celui qui mérite la préférence, s'il est vrai que toutes les préparations mercurielles, une fois absorbées, sont tout d'abord transformées en bichlorure de mercure.

Quoi qu'il en soit, l'expérience a appris qu'il était parfois nécessaire, pour obtenir une guérison plus rapide, de varier les préparations. J'ai vu, dit Bazin (1), des syphilides, d'abord modifiées heureusement par le protoiodure, devenir tout à coup stationnaires, quoique le traitement fût continué exactement, et ne présenter une nouvelle tendance à la résolution que lorsqu'on substituait au protoiodure un autre composé mercuriel, tel que la liqueur de Van Swieten ou les pilules de Dupuytren. Ce même auteur, commence le traitement des syphilides par une pilule de protoiodure de 25 milligrammes, et il prétend qu'il est inutile de donner plus de 5 centigrammes, attendu qu'on n'obtient pas davantage avec des doses plus élevées.

Une question importante, et diversement résolue, est celle de savoir pendant combien de temps on doit continuer l'usage interne du mercure. Hunter donnait une quantité de mercure proportionnée au nombre des surfaces ulcérées et à la violence de la maladie. Dupuytren faisait continuer le traitement jusqu'à extinction complète des accidents, plus un temps égal à celui qu'avait nécessité la guérison. « Six mois de traitement mercuriel, puis trois mois d'un traitement ioduré, destiné à prévenir les accidents éloignés de la diathèse, telle est, dit Ricord, la médication qui donne les cures les plus soutenues, qui

Extrait thébaïque...........	1 gramme
Conserve de roses...........	6 —

Pour 60 pilules de 1 à 2 et 3 par jour.

(1) *Leçons sur les syphilides*. Paris, 1859.

réussit dans l'énorme majorité des cas, à neutraliser véritablement le virus toxique, je dirais volontiers à guérir la vérole, au moins dans la généralité de ses manifestations. » Cette méthode pourtant n'est pas celle de tous les praticiens, et elle n'est celle ni de Diday, ni de Bazin. Pour le médecin de l'hôpital Saint-Louis, lorsqu'une syphilide résolutive a complétement disparu, il importe de suspendre l'emploi des préparations mercurielles, sauf à y revenir s'il survient une nouvelle éruption.

Aucune raison sérieuse ne venant légitimer la continuation du traitement mercuriel après la cessation de la détermination locale, je donne pour mon compte la préférence à la manière d'agir de Bazin. Effectivement, c'est à l'hygiène bien plus qu'à la thérapeutique qu'il importe de recourir pour prévenir les récidives, déraciner la maladie et rendre à l'organisme ses qualités premières. Remède spécial à la syphilis secondaire, le mercure ne convient pas pour cela à tous les cas. Le mauvais état des voies, la débilité de l'organisme, un certain degré de chloro-anémie, sont autant de contre-indications qui doivent entrer en ligne de compte. Chez les personnes d'une constitution délicate, atteintes de scrofules, disposées à la phthisie et à d'autres maladies de la même classe, on ne doit administrer le mercure, dit Sir Benj. Brodie (1), qu'après s'être assuré qu'il est indispensable. Toutefois, ajoute le même observateur, je crois que les sujets scrofuleux qui ont une affection syphilitique bien constatée sont traités avec plus d'avantage à l'aide de ce médicament, car si le mercure leur est nuisible, la syphilis l'est encore plus. Les individus qui ont toute l'apparence d'une santé vigoureuse, ne sont pas toujours ceux qui supportent le mieux les préparations mercurielles. Ceux qui ont l'habitude de boire beaucoup de vin et qui mènent une vie irrégulière placent leur constitution dans une condition peu favorable à l'emploi de ces préparations; chez eux il vaut mieux différer l'usage du mercure jusqu'à ce que la constitution ait été améliorée, si on ne veut avoir à combattre plus tard des accidents mercuriels et syphilitiques. Quelquefois, pour des raisons que l'on ne peut prévoir, le mercure agit comme un poison; c'est là une raison pour observer avec soin tous ceux auxquels on administre cet agent, s'ils n'en ont pas encore fait usage. Enfin, loin d'exercer une action favorable et d'amener

(1) Voyez *Ann. des malad. de la peau et de la syphilis*, t. II, p. 90.

la guérison des accidents secondaires, le mercure jette le trouble dans la santé générale et aggrave d'autant plus les manifestations de la syphilis qu'on le donne en plus grande quantité. Dans ces conditions, il importe d'en suspendre l'emploi. Le malade se rétablira bientôt, et plus tard il sera souvent possible d'avoir recours de nouveau à ce médicament, cette fois avec plus de fruit. De même, le mercure ne doit pas être continué quand, après le temps nécessaire à son action, il ne manifeste aucun effet thérapeutique. Une hygiène convenable, jointe aux toniques et aux reconstituants, devient alors chose utile, comme aussi l'usage de certaines eaux minérales et l'hydrothérapie.

Si des phénomènes de chloro-anémie viennent s'ajouter à la syphilis, les ferrugineux, l'exercice au grand air, une atmosphère maritime, des bains salés, sont autant de moyens d'une utilité incontestable. Bien certainement, l'abus des spiritueux, une alimentation par trop excitante, les grandes fatigues, doivent être soigneusement évités. Mettre l'organisme dans des conditions hygiéniques convenables, c'est le meilleur mode de préparation à instituer pour favoriser le succès des agents médicamenteux. Dans le cas d'un état saburral des voies digestives, les malades se trouvent fort bien de l'emploi d'un vomitif qui leur permet de mieux supporter les préparations mercurielles. Parmi les applications locales susceptibles de venir en aide à la médication générale, se trouvent les bains alcalins, les bains sulfureux et les bains de sublimé; les lotions astringentes, toniques, antiseptiques, et les cautérisations, s'il existe des ulcères plus ou moins profonds. Les plaques muqueuses, dont les récidives sont si fréquentes, cèdent facilement à de légères cautérisations avec le nitrate d'argent, à quelques lotions chlorurées, ou encore à des applications de poudre de calomel.

Signalons encore l'emploi de boissons bien connues, auxquelles il faut toutefois se garder d'attacher une trop grande importance; telles sont : les tisanes de Vigarous, de Zittmann, de Pollini, de Feltz (1). Cette dernière, que recommande Rayer, est mieux indi-

(1) Ces diverses tisanes sont des décoctions de bois sudorifiques et de salsepareille. Les tisanes de Vigarous et de Pollini contiennent du sulfure d'antimoine, celle de Zittmann renferme du calomel. Quant à la tisane de Feltz, voici sa formule :

quée, à mon sens, dans la période tertiaire, en raison de la petite quantité d'arsenic qu'elle renferme.

PÉRIODE DES PRODUCTIONS GOMMEUSES OU DES ACCIDENTS TERTIAIRES.

Tandis que les manifestations syphilitiques secondaires n'exigent guère qu'une médication générale, les lésions tertiaires, plus profondes et plus durables, demandent en outre l'intervention habituelle d'un traitement local. La main du chirurgien peut être appelée à les combattre ou du moins à remédier aux désordres fonctionnels qu'elles engendrent ou qu'elles laissent à leur suite. Nous aurons à tenir compte de ces diverses circonstances.

L'iode est ici la base thérapeutique fondamentale, comme tout à l'heure le mercure dans la syphilis secondaire. Administrée tout d'abord par Martini de Lubeck et par Lugol, la teinture d'iode a été récemment préconisée de nouveau par le docteur J. Guillemin (1), qui lui reconnaît, entre autres avantages, celui d'être d'un prix peu élevé, d'une falsification à peu près impossible et d'un emploi peu ou pas dangereux. Les doses en sont très-faibles, comparativement aux doses habituelles des composés iodiques; celle dont fait usage le docteur Guillemin, est la suivante :

Teinture d'iode au dixième..........	5 grammes.
Eau commune......................	1000 —

Deux ou trois cuillerées de cette solution avant chacun des deux principaux repas suffisent en général, au dire de cet auteur, pour combattre non-seulement les accidents tertiaires, mais même les accidents secondaires.

L'iode, néanmoins, est rarement employé en nature; le plus sou-

♃ Salsepareille................	60 grammes.
Colle de poisson...........	10 —
Sulfure d'antimoine lavé.....	90 —
Eau.......................	2 litres.

Réduisez à un litre à prendre dans la journée par verrées.

(1) *Des avantages de la substitution de l'iode à l'iodure de potassium dans le traitement des maladies syphilitiques*, Gaz. hebdomad. de médecine et de chirurgie, Paris, 1865, p. 134 et suivantes.

vent c'est à l'un de ses sels que l'on a recours, et alors on accorde la préférence aux iodures de potassium et de sodium.

Les doses auxquelles on administre l'iodure de potassium (1), varient depuis 50 centigrammes et 1 gramme jusqu'à 3, 4, 5 et 6 grammes dans les vingt-quatre heures. Quelques auteurs portent ces doses à 10, 12 et 15 grammes, ou même au delà, mais sans avantage pour les malades, car il en est de l'iodure de potassium comme de tous les agents médicamenteux, dont l'organisme n'utilise jamais qu'une quantité déterminée. L'expérience a du reste montré que, dans ces conditions, l'influence thérapeutique du médicament n'est jamais proportionnée aux doses ingérées, et que les effets pathogéniques seuls sont augmentés. Le but auquel doit tendre le médecin en pareille circonstance, est donc d'arriver graduellement à une dose qui produise des effets thérapeutiques sans déterminer d'effets pathogéniques incommodes pour le malade. On fait prendre ce sel en solution, en sirop, très-rarement en pilules, à cause de sa déliquescence. Le meilleur mode d'emploi consiste à l'incorporer, une fois dissous, avec des sirops toniques ou dépuratifs, tels que les sirops de gentiane, de saponaire, de quassia amara, de Cuisinier, de salsepareille, de fumeterre, ou même les sirops de gomme, de thridace, etc. Ricord (2) formule ce médicament de la façon suivante :

℞ Sirop de gentiane (3)	....	500 grammes.
Iodure de potassium	....	30 —

A prendre chaque jour 3 cuillerées à bouche.

(1) L'iodure de potassium, tel que le livre le commerce, contient en général du carbonate de potasse et de l'iode en excès. Si on se rappelle que l'iodure de potassium pur, en solution saturée dans un vase diaphane clos, reste très-longtemps incolore à la lumière diffuse, et plus de deux heures au soleil, et que la fécule gonflée à froid par 16 à 25 fois son volume de cette solution reste incolore dans ces deux circonstances, on reconnaîtra la solution d'iodure de potassium ioduré légèrement alcaline, lorsque, dans les mêmes conditions, cette solution sera colorée en jaune et que son empois translucide sera teint en violet. (Voyez Payen, *Sur l'iodure de potassium*, Gaz. médicale, 1865, p. 581.)

(2) *Leçons sur le chancre*, 2e édit.

(3) Au lieu de sirop, on peut se servir d'eau distillée et prescrire la solution que voici :

℞ Eau distillée	....	250 grammes.
Iodure de potassium	....	15 —

A prendre 1, 2 à 3 cuillerées par jour, en trois fois, chaque fois une cuillerée dans une tasse de macération de gentiane ou d'infusion de houblon.

Melch. Robert substitue au sirop de gentiane le sirop de salsepareille, et donne une, deux, et enfin trois et quatre cuillerées du mélange. Des doses plus élevées d'iodure de potassium trouvent leur indication dans les lésions avancées et profondes, telles que les altérations des os, les localisations viscérales qui peuvent mettre la vie du malade en danger. Mais si l'affection ne s'étend pas au delà du tégument externe ou interne, et si surtout le malade se trouve dans cette phase de la maladie à laquelle certains auteurs ont donné le nom de période de transition, le traitement mixte, tel que l'ont institué Gibert et Bazin (1), est le meilleur moyen de faire cesser les accidents. Le biiodure de mercure associé à l'iodure de potassium, ou sirop de deuto-iodure ioduré de mercure (Boutigny, Gibert), est la préparation qui combat le plus avantageusement les syphilides profondes tuberculo-ulcéreuses et puro-vésiculeuses, affections la plupart du temps très-rebelles. De même que le mercure, l'iodure de potassium détruit la manifestation, mais il n'empêche pas les récidives, et par conséquent il ne peut rien contre la diathèse. L'espace de temps pendant lequel il convient de continuer l'usage de ce médicament est pour quelques auteurs de deux à trois mois; mais ces auteurs oublient trop facilement qu'il ne peut y avoir de règle absolue sur ce point, et que la constitution du malade, son état de santé générale, la ténacité plus ou moins grande de la manifestation, sont alors les seuls guides. Évidemment, lorsque la détermination morbide locale cède facilement, il n'est pas nécessaire de prolonger beaucoup l'emploi du médicament; en cas contraire, il importe d'en continuer l'usage jusqu'au rétablissement de la santé générale, principalement lorsque la lésion est profondément située, circonstance qui rend difficilement saisissable le moment exact de sa complète disparition.

L'iodure de fer en pilules, ou mieux en sirop, sera avantageusement substitué, chez les personnes débiles, à l'iodure de potassium; nous y reviendrons plus loin à propos du traitement de la syphilis héréditaire. De même que les préparations mercurielles, les prépa-

(1) Nous avons fait connaître plus haut la formule adoptée par Gibert. Voici celle à laquelle E. Bazin donne la préférence :

♃ Biiodure de mercure.........	0,20	centigrammes.
Iodure de potassium.........	10	grammes.
Sirop de saponaire..	500	—

On commence par deux cuillerées de ce sirop et on arrive ensuite à quatre par jour.

rations d'iode ont besoin d'être aidées dans leur action, toutes les fois que les malades présentent un certain degré de cachexie ou de simple anémie. Les boissons amères, les macérations de quinquina, le vin de Bordeaux, les jus de viande, les rôtis et même les ferrugineux (1), deviennent, dans ces conditions, plus ou moins nécessaires.

Les fonctions digestives troublées demandent quelquefois à être traitées à part ; mais il importe de savoir que l'un des principaux moyens à opposer au dérangement intestinal, si surtout il est sous la dépendance d'une lésion matérielle des glandes hémopoiétiques, c'est la médication iodurée. En somme, les contre-indications à cette médication sont relativement rares.

S'il arrivait que l'état cachectique fût entretenu par des dégénérescences amyloïdes de viscères tels que le foie et la rate, on pourrait, ainsi que l'a conseillé le docteur Budd (2), faire usage d'une limonade nitrique. Administré pendant un certain temps, l'acide nitrique possède, suivant ce médecin, une tendance remarquable à faire résorber le dépôt morbide auquel est dû l'accroissement des organes, à rétablir leur texture normale et à produire une amélioration de l'état général. Lorsqu'il est bien supporté, ce médicament, auquel il nous est arrivé de recourir plusieurs fois, est administré pendant des mois entiers, à la dose de quelques grammes pour un litre d'eau, sans incommoder l'estomac et sans produire une acidité excessive de l'urine.

Les indications locales, relativement fréquentes dans le cours de la période tertiaire, varient avec le siége et le degré d'intensité des accidents. Elles se présentent lorsque des ulcérations plus ou moins profondes succèdent aux néoplasmes syphilitiques, et laissent à leur suite des pertes de substance, des rétrécissements de canaux, ou d'autres désordres susceptibles d'entraver des fonctions importantes. Les ulcères de mauvais aspect, rebelles à la cicatrisation, développés

(1) Les ferrugineux n'ont pas seulement été considérés comme des adjuvants. Henri Behrend (de Liverpool) a conseillé d'employer à l'intérieur le tartrate de potasse et de fer (*Lancet*, 15 et 20 décembre 1856), dont il prétend avoir obtenu un plein succès. A côté des médecins qui traitent par les ferrugineux, il s'en rencontre d'autres, comme Marsden, qui se contentent d'administrer des remèdes stomachiques et toniques et un régime fortifiant (*The Lancet*, 27 juillet 1857, p. 650). Rien d'étonnant qu'une semblable médication réussisse dans maintes circonstances, après ce que nous savons de la guérison spontanée des manifestations syphilitiques. C'est faute, en général, de connaître la marche naturelle des maladies, qu'on attribue à certains moyens des propriétés qu'ils n'ont pas en réalité.

(2) Voyez *Dublin medical Press*, 16 septembre 1863.

à la surface de la peau ou des muqueuses, sont favorablement influencés par des pansements avec la glycérine, l'alcool ou la teinture d'iode; lorsque ces accidents revêtent la forme serpigineuse, les moyens dont il s'agit ne sont pas toujours suffisants, et il devient nécessaire de recourir à des cautérisations à l'aide du nitrate d'argent ou du perchlorure de fer, plus rarement avec le nitrate acide de mercure ou avec le sublimé.

Gauthier recommande de toucher les ulcères de la gorge avec un pinceau de charpie imbibée du mélange suivant :

℞ Iodure de potassium..........	0,60	centigrammes.
Teinture d'iode..............	2	grammes.
Eau distillée.................	140	—

Introduit dans les fosses nasales en cas d'ozène, ce mélange combat aussi bien que le chlorure d'oxyde de sodium la fétidité dont ces cavités sont le siége.

Il est bien évident que toute espèce de complication inflammatoire survenant dans ces conditions exigera l'emploi des sédatifs et des émollients. Un traitement local n'est pas moins utile dans les affections syphilitiques de l'appareil de la locomotion. J'ai pu, dans plusieurs occasions, vérifier les bons effets des vésicatoires contre les arthropathies syphilitiques, les douleurs ostéocopes, l'ostéopériostite. En cas d'exostoses rebelles, Melch. Robert conseille de panser les vésicatoires avec la teinture d'iode ou l'onguent mercuriel double, et de recouvrir de cataplasmes émollients. Ces moyens peuvent être opposés à la contracture musculaire. Les gommes ulcérées des muscles réclament les mêmes soins que les ulcères cutanés profonds. Les onctions mercurielles, l'emplâtre de Vigo, aident à la résolution des lésions syphilitiques tertiaires superficiellement situées.

Certaines lésions peuvent obliger à recourir à une opération chirurgicale, ce sont principalement celles qui portent sur le voile palatin, le pharynx et les voies aériennes. Lorsque les perforations de la voûte palatine ou du voile du palais ne viennent pas à se cicatriser, la staphyloraphie doit être tentée, si elle est applicable; sinon il est encore possible de remédier à ces accidents à l'aide d'obturateurs bien faits (1). Une autre circonstance propre à légitimer une opéra-

(1) Déjà Gabriel Fallope cherche à remédier, à l'aide d'un instrument de ce genre, à la perforation syphilitique de la voûte palatine. (Voyez *Aphrodisiacus*, p. 829.)

tion chirurgicale, c'est quand des adhérences se sont établies à la suite d'ulcérations entre la face postérieure du voile du palais et la portion supérieure du pharynx. On sait que ces adhérences ont le plus souvent une origine syphilitique (1), ce qu'explique ce fait que les ulcérations syphilitiques sont les plus fréquentes de toutes celles que l'on observe dans ces régions.

Les lésions des voies aériennes causent, dans quelques cas, des troubles de la respiration tellement considérables, qu'il devient nécessaire de pratiquer la trachéotomie (2). Utile lorsque le larynx seul est affecté, cette opération est souvent sans résultat dans les lésions trachéales, dont le siége habituel, avons-nous dit, est la partie inférieure de la trachée.

§ 3. — Traitement de la syphilis héréditaire.

Avant de traiter la syphilis héréditaire, il importe de la prévenir, au moins dans la mesure de son pouvoir. C'est pourquoi le médecin honorable ne doit jamais consentir au mariage de quiconque est porteur d'accidents syphilitiques. Mais si ces accidents n'existent plus, alors permettez le mariage, dit Vidal de Cassis, quand le traitement a été complet et que six mois se sont écoulés sans aucune manifestation. Je n'oserais, pour mon compte, me montrer aussi facile; je demanderais au moins à mon malade d'aller, auparavant, passer une saison dans l'un des établissements thermaux dont il sera question plus loin, et après cette épreuve seulement j'aviserais. Le mariage accompli, le médecin qui constate l'existence d'affections syphilitiques chez l'un ou l'autre des conjoints n'a autre chose à faire que d'interdire momentanément les rapports conjugaux, mesure qui sera d'autant moins rigoureuse que les manifestations appartiendront à une période plus avancée du mal.

Héréditairement transmise, la syphilis demande à être traitée chez le fœtus, chez l'enfant nouveau-né et à un âge plus avancé de la vie.

1° Chez le fœtus, la syphilis est, nous le savons, l'une des plus fréquentes causes d'avortement. Mais, pour combattre la maladie du

(1) On trouve cette origine 26 fois sur 30 cas dans le mémoire du docteur Paul de Breslau, dont le docteur Verneuil vient de nous donner la traduction. (Voyez *Archives de médecine*, octobre 1865, p. 422.)

(2) Voyez Demarquay, *Union médicale*, 1864.

fœtus, il devient nécessaire d'agir sur la mère. La question de savoir si la syphilis doit être traitée dans le cours de la grossesse a été diversement résolue. La majorité des médecins d'autrefois était d'avis de s'abstenir, et cet avis, partagé par Doublet, a été adopté, il y a quelques années, par le docteur Huguier, qui croit qu'un traitement mercuriel administré dans le cours d'une grossesse prédispose la femme à des suites de couches plus graves que celles que l'on observe après un traitement simple. Quelques médecins, allant plus loin dans cette voie, ont accusé le mercure de produire l'avortement. Cette opinion, que les observations de Coulson, relatives au mode d'action du mercure sur les fonctions de l'utérus n'ont pas peu contribué à accréditer, est évidemment exagérée. Ni la durée du traitement ni les doses du médicament ne paraissent capables de produire un semblable résultat ; l'observation, du reste, n'est nullement favorable à cette manière de voir.

Parmi les nombreux médecins qui recommandent le traitement spécifique chez les femmes grosses, il faut citer N. Massa, Garnier, de Blégny, Astruc, Petit, Fabre, Levret, Rosen, Underwood, Swediaur, Bell, Bertin, S. Cooper, Lagneau, Vannoni (1), Gibert, Cazenave, Cullerier, Ricord, Devilliers, etc. Or, selon tous ces médecins, le mercure convenablement administré s'oppose presque toujours à l'avortement, tandis que cet accident est commun en l'absence de tout traitement. Pick (2), auteur de recherches nombreuses sur ce sujet, est arrivé à des résultats peu différents. Ainsi, il faut reconnaître l'utilité de l'intervention d'un traitement spécifique chez les femmes grosses syphilitiques, et ne pas hésiter à avoir recours à ce traitement, la mère même fût-elle exempte de toute manifestation, lorsque la santé du père et des avortements antérieurs font présumer l'infection du fœtus. Dans une discussion académique restée célèbre, le professeur Moreau a cité l'exemple d'une femme qui, après plusieurs grossesses successives toutes suivies d'accouchement avant terme et de la mort du fœtus, fut soumise, en désespoir de cause, à un traitement antisyphilitique, et dont les nouvelles grossesses furent conduites heureusement à terme (3). Le mercure, médicament auquel la plupart des mé-

(1) *Il Raccoglitore med.*, août 1842. Consultez E. Bertin, *Gazette hebdom.*, 1858, p. 862.

(2) Voyez *Schmidt's Jahrb.*, t. CXX, p. 194.

(3) Cazeaux, Maisonneuve et Montanier prétendent qu'il ne faut pas traiter, lors-

decins autorisés s'accordent à donner la préférence, peut être administré à l'intérieur, mais à la condition que les fonctions digestives, prédisposées à se déranger par le fait de la grossesse, ne soient pas notablement troublées. Le dérangement de ces fonctions conduit à recourir à la méthode des frictions, et à se servir, comme chez l'adulte, de l'onguent mercuriel double, à la dose de 4 à 10 grammes par jour.

2° Chez le nouveau-né syphilitique, Guyon-Dolois et Gardanne croyaient nécessaire d'attendre un certain temps après la naissance, avant de commencer à traiter. Mais, si l'on réfléchit à la gravité de la syphilis héréditaire et au danger que courent les jeunes enfants qui en sont atteints, on ne peut suivre cette pratique qui ne repose sur aucune donnée. A notre avis, le traitement doit intervenir dès l'instant où la syphilis se manifeste ; en l'absence de tout accident il faut s'en abstenir. Cette opinion, différente de celle que professe Diday de Lyon, qui veut que l'on traite tout enfant dont les deux parents sont reconnus syphilitiques, me paraît légitimée par ce fait que le mercure n'empêche pas plus l'apparition des manifestations de la syphilis héréditaire que celle des manifestations de la syphilis accidentelle. Il est d'ailleurs prouvé, dit Vidal de Cassis, que des parents infectés ont mis au monde des enfants très-viables qui n'ont jamais offert le moindre symptôme syphilitique. Ainsi, il faut traiter toutes les fois qu'il existe des manifestations, à moins que des complications surajoutées à la syphilis ne viennent contre-indiquer la médication spécifique.

Le mercure et l'iodure de fer sont les deux principaux agents sur lesquels se fonde la thérapeutique de la syphilis héréditaire, et, suivant que ces agents sont administrés à l'enfant ou à la nourrice, le traitement est dit direct ou indirect. Le traitement direct fut d'abord appliqué. N. Massa (1536), Paré (1553), Botal (1563), Augier-Ferrier, Guyon-Dolois, de Blégny, Astruc, en étaient partisans; ils employaient les frictions ou les fumigations, c'est-à-dire un traitement direct externe. Rivière, Vercellonni, Brunner, Sanchez, Underwood, Nisbett, Bell, conseillaient le mercure à l'intérieur, c'est-à-dire le traitement direct interne.

que les parents sont en apparence sains; mais Dubois, Depaul, Moreau, Vidal (de Cassis), Putégnat de Lunéville, sont de l'avis contraire, si les parents ont eu des enfants vérolés.

L'idée de traiter un enfant malade en faisant prendre des médicaments à la mère existe déjà dans Hippocrate (1). Pierre Garnier de Lyon, en 1699, proposa d'administrer à l'enfant le mercure par le lait de la mère. Levret, Burton (1775), Rosen de Rosenstein, Colombier, Doublet (1766), Faguer, Swediaur, etc., adoptèrent bientôt ce mode de traitement. On se servait, dans le même but, du lait d'une chèvre ou d'une ânesse préalablement soumise à des frictions mercurielles. D'abord il y eut des succès, mais qui ne furent pas justifiés par l'observation ultérieure. Depuis lors, Bertin, Lagneau, Philippe Boyer, S. Cooper, Gibert, Cazenave, ont eu recours à un traitement mixte, et plus récemment, Cullerier, Bassereau, Natalis Guillot, Putégnat, Vidal de Cassis, sont revenus au traitement direct. Ce traitement est effectivement le seul efficace, car les doutes émis tout d'abord sur l'insuffisance du traitement indirect sont devenus des certitudes, depuis que des analyses chimiques rigoureuses ont montré que le mercure passait peu ou pas dans le lait des nourrices.

Péligot (2) ne put retrouver de mercure dans le lait d'une ânesse qui prenait chaque jour 5 grains de sublimé, non plus que dans le lait d'une chèvre qui en prenait jusqu'à 12 grains. Cullerier, Réveil, Lutz, ne furent pas plus heureux dans les analyses qu'ils firent du lait de femmes soumises aux préparations mercurielles. Cependant Personne, opérant d'une autre façon, parvint à constater la présence du mercure en très-faible quantité, dans le lait d'une femme qui prenait, depuis deux mois, 5 centigrammes de protoiodure par jour (3). Ainsi s'expliquent les insuccès du traitement indirect et la nécessité qu'il y a de recourir au traitement direct, soit externe, soit interne.

Le traitement direct externe consiste dans l'emploi des frictions et des bains. Les frictions sont faites avec le calomélas ou l'onguent mercuriel. Cazenave conseille les frictions sur les gencives avec un centième de calomélas incorporé dans du miel. Massa, Botal, Doublet, Bertin, faisaient usage des frictions avec l'onguent mercuriel. Lagneau et Putégnat de Lunéville les emploient aujourd'hui, et Cullerier en faisait la base du traitement à l'hôpital de Lourcine. «Après avoir baigné l'enfant à l'eau de son plusieurs fois afin de calmer l'inflammation qui

(1) Lactantium cura posita est tota in medicatione nutricum. *Epist.*, liv. III.

(2) *Journ. des connaiss. médico-chirurg.*, nov. 1836.

(3) Voyez Cullerier, *Bulletin de thérapeutique*, n° d'octobre 1852. — Comparez : Ch. Ravin, *Du traitement de la syphilis congénitale*. Thèse de Paris, 1857.

peut exister et afin aussi de prédisposer la peau à une absorption plus facile, je fais faire, dit cet observateur, sur les parois latérales de la poitrine, en remontant vers l'aisselle, une friction avec 1 gramme d'onguent napolitain, un jour d'un côté, le lendemain du côté opposé. Ces frictions doivent être faites doucement afin de ne pas irriter la peau; elles doivent être prolongées pendant plusieurs minutes. Deux fois par semaine je fais suspendre les frictions, et ce jour-là je donne à l'enfant un bain d'eau tiède dans lequel je fais ajouter de 2 à 4 grammes de sublimé; pour les enfants de plus d'un an on peut augmenter la dose (2 grammes d'onguent, 6 grammes de sublimé). Ces frictions amènent très-rarement des accidents locaux d'érythème et d'éruptions vésiculeuses. Lorsque les parties génitales et l'anus sont le siége de plaques muqueuses ou d'ulcérations à sécrétion abondante, je les touche quelquefois avec une solution de nitrate d'argent (4, 6, 8 grammes pour 30 d'eau); mais, si la sécrétion est modérée ou qu'il n'y ait que des tubercules secs, je me contente de lotions d'eau de son, de guimauve, de sureau; mais je fais toujours saupoudrer les surfaces avec de l'amidon, de la farine, ou du lycopode, et, autant que possible, je les isole les unes des autres avec du linge sec ou de la charpie. Quand c'est la peau du visage qui est prise, et chez les tous jeunes enfants elle l'est souvent, on emploiera les mêmes lotions; mais, de plus, les parties malades étant ici exposées à l'air et la dessiccation s'en faisant très-facilement, ce qui détermine des déchirures, des fissures très-douloureuses pendant les cris ou l'action de téter, on devra, le plus souvent possible, les recouvrir d'un corps gras quelconque, pommade de concombre, cérat ordinaire, opiacé, au calomel. » Pour mon compte, je souscris volontiers à cette méthode de traitement, car plusieurs fois j'ai eu l'occasion de constater ses bons effets. Elle est, à mon avis, celle que l'on doit préférer.

Le traitement direct interne, plus communément employé en Angleterre (1), exige certaines précautions, en raison de la facile irritabilité des intestins chez les jeunes enfants. Le deuto-chlorure de mercure (sublimé-corrosif), recommandé par Bertin et Lamauve, est la préparation généralement choisie; on l'administre à la dose de quelques milligrammes par jour, dans un looch, dans du lait, du miel, du bouil-

(1) S. Cooper, *Traité élém. de path. chirurg.* Paris, 1841.

lon, de l'eau sucrée, du sirop, etc. Les sirops à base mercurielle peuvent être utilisés en pareil cas. Le calomel pur, tel que l'administraient Rivière, Vercellonni et Brunner (0, 05 centig.), ou associé au carbonate de chaux, ainsi qu'on le fait en Angleterre, est toujours moins bien supporté en raison de ses propriétés purgatives.

Les préparations sudorifiques, conseillées par Ferrier, Harris, Brunner, etc., sont des moyens la plupart du temps infidèles et qui méritent au plus d'être ajoutés au mercure. Le lait de la nourrice est le meilleur aliment que puisse prendre l'enfant syphilitique, dont les fonctions digestives demandent à être surveillées avec soin.

Au résumé, le traitement direct est seul véritablement efficace. Il consiste dans l'usage interne du mercure, et mieux dans des frictions avec l'onguent napolitain et des bains de sublimé (1). Le traitement mixte (direct et indirect tout à la fois) trouve son indication lorsqu'il y a infection de la nourrice et de l'enfant. Mais ces différents traitements ne sont pas toujours suffisants, et il convient souvent d'y joindre des moyens locaux. Les corps gras, pommade de concombre, axonge fraîche, etc., sont indiqués dans la plupart des éruptions cutanées. Gibert recommande une pommade au calomel ou au protoiodure contre les tubercules et les pustules. Nous savons que Cullerier fait usage d'une solution de nitrate d'argent, contre les plaques muqueuses et les ulcérations des parties génitales et de l'anus.

Tel est le traitement des manifestations les plus superficielles de la syphilis héréditaire. Lorsque ces manifestations intéressent des viscères importants, et quand surtout elles sont accompagnées de cachexie, les préparations iodurées méritent la préférence. Dans les affections du foie, Gubler conseille l'iodure de potassium à la dose de 1 décigramme par jour, Cullerier dit avoir obtenu de bons résultats de l'emploi du protoiodure de mercure. Bouchut rapporte plusieurs cas de coryza syphilitique guéris par l'iodure de potassium. Pour mon compte, je ne puis trop recommander l'iodure de fer chez les jeunes enfants. Maintes fois j'ai eu l'occasion de constater les bons effets de ce médicament, dans les lésions viscérales avec cachexie. On le donne, sous forme de sirop, à la dose d'une cuillerée

(1) Un médecin anglais, Dunn, prétend avoir obtenu de nombreux succès du traitement de la syphilis infantile par le chlorate de potasse. (Communication à la Royal medical and chirurgial Society.) Ces succès ont été contestés.

par jour dans un demi-verre d'eau sucrée ou dans une tasse d'infusion de tilleul.

3° Le traitement de la syphilis héréditaire tardive ne diffère pas notablement du traitement de la syphilis accidentelle : les préparations iodurées lui conviennent encore; puis, enfin, c'est à l'hygiène et aux agents reconstituants (huile de foie de morue, etc.) qu'il importe de recourir plus encore peut-être qu'aux agents thérapeutiques.

§ 4. — Effets physiologiques et pathogéniques du mercure et de l'iodure de potassium.

Lorsque l'expérience a constaté les bons effets du mercure et de l'iodure de potassium dans le traitement de la syphilis, il n'est pas sans intérêt de demander à la théorie le mode d'action de ces substances et de chercher dans l'observation clinique les effets pathogéniques auxquels sont exposés les malades qui font usage de ces agents thérapeutiques.

Nos connaissances relativement à l'action physiologique du mercure sont jusqu'ici très-incomplètes. Employé à l'extérieur ou à l'intérieur, le mercure est absorbé; puis, suivant plusieurs auteurs (Mialhe, Voit, etc.), il est transformé en bichlorure (1), vraisemblablement aux dépens du chlorure de sodium contenu dans le sang; d'où la préférence de quelques médecins pour le sublimé. Ainsi Michaëlis n'accorde d'importance qu'à l'onguent gris et au sublimé ; au premier, parce qu'il ne fatigue pas l'estomac, au second, parce qu'il est, d'après la théorie de Voit, le composé de transformation de toutes les préparations mercurielles.

Cette transformation acceptée, on ne tarda pas à s'en servir pour expliquer le mode d'action physiologique et thérapeutique du mercure. On attribua à la combinaison du sublimé avec l'albumine et les exsudats albumineux la propriété d'engendrer des produits aptes à être résorbés, mais non à passer à l'état de tissus permanents. Cette explication, qu'Overbeck (2) cherche à faire prévaloir en ce qui concerne le mode d'action du mercure dans l'inflammation, serait aussi applicable à la syphilis par suite de la même combinaison. Par cette com-

(1) Hunter pensait que toutes les préparations mercurielles devaient subir un changement qui les transformait en un même composé, puisqu'elles ne produisent qu'un seul et même effet sur la constitution.

(2) R. Overbeck, *Mercur und Syphilis*, p. 263, Berlin, 1861.

binaison, les produits morbides syphilitiques modifiés ne peuvent s'organiser, ils sont rendus inoffensifs, puis éliminés. Il est vrai que cette théorie a le tort de reposer trop exclusivement sur des données chimiques analogues à celles que l'on obtient dans les laboratoires; mais il faut pourtant reconnaître que les préparations mercurielles agissent sur le sang et la plupart des fonctions de l'économie. Sous leur influence, le contenu aqueux du sang augmente en même temps que l'hématine (Ayrès), tandis que les globules et l'albumine diminuent de quantité; l'urine, trouble, alcaline, plus abondante (Buchkeim), renferme parfois de l'albumine et du mercure qu'ont éliminés les reins. Plus copieuses dans certains cas, les évacuations alvines contiennent de la bile et des épithéliums. La peau devient plus humide, l'œil perd son éclat, la langue se charge, les bronches sécrètent avec plus d'abondance. Fife (1) et plus tard Prout (2) ont constaté que l'usage prolongé d'un traitement mercuriel déterminait une diminution dans la proportion d'acide carbonique exhalé. D'une façon générale, l'action du mercure sur l'économie s'oppose à l'accroissement et au développement des tissus nouveaux; la preuve, c'est que les animaux et les hommes soumis à cet agent pendant la période de croissance augmentent à peine en poids, et que, dans l'âge adulte, ils peuvent perdre de leur masse.

Je n'insiste pas sur ces effets physiologiques; les effets pathogéniques sont peu différents. Si l'altération du sang se prononce un peu, les lèvres pâlissent, les yeux s'excavent, l'amaigrissement progresse, les fonctions nerveuses et musculaires s'affaiblissent, les tissus sont lâches, la respiration est difficile, et parfois des hémorrhagies se manifestent en différents points du corps, mais particulièrement sur les gencives et dans la bouche. Cet état, auquel on a donné le nom de cachexie mercurielle, est toutefois assez rarement observé, aujourd'hui, du moins, chez les individus traités de la syphilis; mais il est d'autres accidents qu'on a plus souvent l'occasion de rencontrer. La fièvre mercurielle, que caractérisent un malaise notable, une accélération du pouls facilement appréciable, la dépression plutôt que

(1) A. Fife jun., *Dissertatio chimico-physiolog. inauguralis de copia acidi carbonici e pulmonibus ad respirandum evoluti.* Édinburgi, 1814.

(2) Prout, *Further Observ. on the quantity of carbonic acid gas emitted from the Lungsduring respiration* (*Annals of Philosophyc.* London, 1814, vol. IV, p. 335).

l'exaltation des forces, est le plus souvent liée à un mauvais état des voies digestives et à la salivation. Les sueurs, l'érythème et l'eczéma, accidents signalés par Pearson, en 1783, ont été plus tard soigneusement étudiés par Alley (1). L'érythème, qui n'est pas sans analogie avec la roséole, est assez rare ; l'éruption vésiculeuse est plus fréquente, elle est constituée par une quantité de petites vésicules acuminées reposant sur un fond rouge. Les ulcères de la bouche et du pharynx, déjà bien décrits par Bell (2), ont aussi des caractères particuliers sur lesquels nous avons insisté plus haut (*voyez* p. 164). Un accident beaucoup plus fréquent est la stomatite mercurielle; les gencives, gonflées, douloureuses, sont couvertes de pellicules blanchâtres; l'haleine est fétide et le malade se plaint d'une saveur métallique ; chargée d'un enduit muqueux, la langue est plus épaisse; la salive donne lieu à un écoulement très-abondant et très-incommode. C'est dans le but de prévenir ce dernier accident que l'on a, dans ces derniers temps, après beaucoup d'autres moyens, préconisé le chlorate de potasse, mais sans succès constant. Ce médicament toutefois peut être utilement employé contre les lésions buccales développées sous l'influence du mercure. Velpeau recommande de faire trois ou quatre fois par jour des frictions sur les gencives avec de l'alun pulvérisé, que le malade prend sur son doigt. Grand nombre d'autres moyens ont été indiqués depuis Matthiole ; mais aucun d'eux, au rapport d'Astruc et de Swediaur, n'empêche en rien la salivation. La dyspepsie est un autre danger des préparations mercurielles ; l'appétit diminue, les digestions sont laborieuses, troublées, une sensation de barre ou de poids se fait sentir au creux épigastrique. Dans ces conditions, le malade parfois maigrit, devient irascible et emporté. Ces divers accidents, auxquels il n'est pas toujours facile de remédier, demandent tout au moins la suspension du traitement mercuriel.

Quelques dérangements des fonctions nerveuses paraissent encore dépendre de l'usage des préparations mercurielles. Des faits rapportés par Colson (3) et Diday démontrent que le tremblement peut être un des effets de la médication mercurielle, et il n'est pas impossible

(1) *Observations on the Hydrargyria or that vesiculous Disease arising from the exhibition of Mercury*. London, 1810.

(2) *Loc. cit.*, t. II, p. 147.

(3) Colson, *Essai sur le tremblement observé à la suite du traitement mercuriel. Archiv. génér. de médec.*, 1827, 1re série, t. XV, p. 338.

que certaines formes de folie (hypochondrie, idiotisme) reconnaissent aussi la même origine.

L'iodure de potassium, (1) est d'une absorption facile. Les premiers effets de son action physiologique, selon le professeur Küss (2), de Strasbourg, se montrent du côté du tube digestif, où, en solution un peu concentrée, il agit par contact avant d'agir par absorption. Une sensation de sécheresse et d'ardeur se manifeste dans le pharynx, qui, si les doses sont un peu fortes, devient rouge et se tuméfie en même temps que les amygdales, sans grande gêne de la déglutition. Un afflux muqueux ou ptyalisme iodique succède à cet état. La salive est visqueuse sans que les gencives ni les dents présentent d'altérations pathologiques. Après quelque temps d'usage à doses progressives, la langue se recouvre d'un enduit grisâtre, uniforme, facile à reconnaître quand on l'a vu une fois. Cet enduit, qui précède d'ordinaire l'éruption iodique, est l'indice du maximum d'effet thérapeutique, son absence ou sa présence peut être ainsi une source d'indications précieuses pour l'augmentation des doses.

Du côté de l'appareil respiratoire, on constate fréquemment l'enchifrènement des fosses nasales, l'exagération de la sécrétion de la membrane pituitaire, un véritable coryza, en un mot. Les bronches participent à ce mouvement. Toux sèche, peu prononcée, avec expectoration spumeuse, jamais grasse ni purulente.

Du côté de la circulation, il y a tout d'abord accélération, ampleur et plénitude des pulsations ; puis, au bout d'un temps variable suivant les sujets, le pouls se déprime et reprend ensuite ses qualités premières. De là, suivant le professeur cité, l'explication des contradictions des expérimentateurs. De là aussi cette conclusion, que les personnes dont le pouls est fréquent sont moins rapidement impressionnées que celles dont le pouls est plus modéré. Le sel iodique se retrouve en totalité dans le sang avec toutes ses qualités chimiques,

(1) L'iodure de potassium, selon Mosler, (Virchow's Archiv, t. XIII), est rapidement éliminé par la bile tandis que le calomel passe difficilement dans ce produit de secrétion, et ainsi le premier de ces agents semblerait mériter la préférence dans le traitement des affections syphilitiques du foie.

(2) *Gazette médicale de Strasbourg,* nov. 1865. — Sur les effets de l'iodure de potassium et de l'iodure de sodium, consultez Trousseau et Pidoux, *Élém. de thérapeutique*, p. 245, 5e édit. — Titon, Thèse de Paris, 1856. — Lomet, *Action de l'iodure de potassium sur les différents appareils*, Thèse de Strasbourg, 1863. — Gamberini, *Bollet. delle Scienze mediche.* Bologna, avril 1852.

son action par conséquent est toute catalytique, il ne modifie les globules sanguins ni dans leur forme ni dans leur nombre. Son influence pathogénique est à peu près nulle quand on sait en graduer les doses et le diluer dans une quantité suffisante de liquide. Wallace néanmoins signale comme suite de l'emploi de ce médicament, des mouvements péristaltiques de l'intestin, la constipation, une transpiration exagérée, plus rarement de la salivation. Son action spéciale sur la peau se traduit par l'acné iodique, dont les pustules plus ou moins discrètes ont tout d'abord pour siége de prédilection, suivant Küss, les régions les plus voisines de l'accident syphilitique. On peut à coup sûr prédire l'apparition de cette éruption quand se manifeste l'enduit grisâtre de la langue, annonçant la saturation de l'économie. Le professeur de Strasbourg mentionne en outre une infiltration limitée du tissu connectif sous-cutané de toutes les régions du corps, affectant de préférence le voisinage des parties lésées. Céphalalgie, tremblements, vertiges, névralgies : tels sont les troubles qui peuvent résulter encore de l'emploi de l'iodure potassique.

Cet agent, toutefois, posséderait selon Overbeck, la propriété d'agir sur l'albumine du sang, car chez les individus intoxiqués par le plomb, ou chez ceux qui ont fait usage des préparations mercurielles, on le voit déterminer parfois le passage de l'albumine et d'une plus grande quantité de plomb ou de mercure dans les urines. Comme le mercure, l'iode exercerait ainsi une action modificatrice dissolvante sur l'albumine, et à cette action seraient dus, suivant cet observateur, les effets thérapeutiques des préparations iodurées dans la syphilis. Mais c'est là une manière de voir qui, à mon sens, est entièrement hypothétique. Néanmoins je me garderai d'édifier moi-même une théorie qui serait aussi incertaine que toutes celles qui ont été émises à ce sujet (1). Je me contenterai de faire remarquer que, dans l'espèce, le mercure et l'iode n'exercent d'action véritable que sur la détermination anatomique, et qu'ils restent sans effet tant que cette détermination n'existe pas. Il est de fait que ces agents ne

(1) Il serait évidemment fastidieux d'examiner ici les diverses théories qui, depuis Fracastor, ont été émises sur le mode d'action du mercure dans la guérison de la syphilis. Disons que ces théories, dont on trouvera une analyse succincte dans la traduction française du poëme de Fracastor, par Yvaren (Paris, 1847, p. 287), ont nécessairement varié avec les doctrines médicales et qu'il n'en est aucune qui puisse aujourd'hui nous paraître raisonnable.

modifient en rien le désordre nutritif qui préside à la formation du produit syphilitique, puisqu'ils ne peuvent prévenir son apparition. Leur action porte uniquement sur ce produit ou plutôt sur les éléments qui le constituent; elle consiste, en somme, à favoriser la métamorphose régressive ou graisseuse de ces éléments et leur résorption. S'il en est ainsi, on ne peut dire que ces médicaments soient des spécifiques à ce point de vue qu'ils neutralisent la cause ou virus syphilitique (1); on ne doit les considérer comme tels que parce qu'ils exercent une action spéciale, élective en quelque sorte, sur l'élément connectif, et tout particulièrement sur les déterminations locales d'origine syphilitique. Ces préparations, comme on sait, restent sans effet contre des lésions telles que le tubercule pulmonaire, dont la ressemblance avec la tumeur gommeuse est des plus frappantes.

En résumé, ce n'est pas à l'essence même de la syphilis que s'attaquent le mercure et l'iodure de potassium, mais bien à ses manifestations. Comme toute maladie, la diathèse syphilitique guérit non par les efforts de la thérapeutique, mais par les seules forces de l'organisme. C'est là un principe qu'un médecin ne peut ignorer. Donc, deux indications : combattre les lésions matérielles capables de compromettre l'existence, placer le malade dans les conditions les plus favorables pour lui permettre de triompher de son mal. Là est tout le secret de la thérapeutique syphilitique, ce secret se résume en deux mots : s'il y a lésion, action; s'il n'y a pas lésion, expectation.

Un fait digne de remarque, c'est que, loin d'arrêter les accidents syphilitiques, le mercure et l'iodure de potassium leur impriment parfois un certain degré d'acuïté (2). Il ne serait même pas impossible qu'ils contribuassent à faire naître des accidents nouveaux. Bazin (3) observe que, sous leur influence, les groupes tuberculeux disparaissent quelquefois d'une région pour reparaître sur une autre, et qu'il n'est pas rare de voir le traitement mercuriel déterminer de nouvelles

(1) Cullerier combat la spécificité thérapeutique du mercure dans la syphilis. Voyez *Recherches pratiques sur la thérapeutique de la syphilis*, etc., par le docteur Lucas Championnière (*Gaz. méd.*, 1836, p. 623).

(2) La propriété de rendre plus aigus certains accidents syphilitiques n'appartient pas seulement au mercure et à l'iodure de potassium. Il arrive, disent Trousseau et Pidoux (t. 1 p. 337), que, sous l'influence des préparations d'or, tous les accidents syphilitiques locaux prennent un surcroît d'intensité, que même il en apparaisse de nouveaux.

(3) *Leçons sur les syphilides*, p. 174.

poussées alors que l'affection était déjà depuis longtemps stationnaire (1). Hutchinson a noté des faits semblables, car il dit avoir vu l'iritis syphilitique se déclarer avec une grande intensité ou même envahir l'œil du côté opposé après l'emploi d'un traitement mercuriel, lors même que ce traitement avait donné lieu à la salivation. J'ai fait la même observation pour les lésions syphilitiques des viscères, et, parmi les cas rapportés dans cet ouvrage il en est quelques-uns où des accidents plus sérieux et plus intenses se montrèrent peu de jours après l'usage d'un traitement spécifique. Dans un fait rapporté par Faurès, un traitement par l'iodure de potassium venait d'être commencé, quand survinrent des convulsions suivies d'hémiplégie. Chez un malade de Legroux, j'ai vu une hémichorée succéder à une hémiplégie peu de jours après l'emploi du calomel (2). J'ai également pu observer dans les mêmes conditions la diminution d'une hémiplégie en même temps qu'une paralysie apparaissait du côté opposé. En ce moment même, j'ai sous les yeux une jeune personne de vingt-deux ans qui, après trois jours de l'usage de l'iodure de potassium pour une ostéo-périostite de la branche montante du maxillaire inférieur, vit apparaître une exostose sur le front. De semblables faits ne peuvent inspirer des craintes sérieuses et faire suspendre la médication ; cependant ils obligent à une plus grande surveillance du traitement institué.

§ 5. — Eaux minérales. — Hydrothérapie. — Diététique.

Les moyens thérapeutiques dont nous allons parler suffisent en général pour la curation de la syphilis bénigne, et, en cas de syphilis grave, ils sont de puissants auxiliaires du mercure et de l'iodure de potassium par leur tendance à ramener l'organisme malade à son véritable type.

EAUX MINÉRALES.

Th. Bordeu, Recherches sur les maladies chroniques, 1775, p. 294. — Patissier, Manuel des eaux minérales de la France. Paris 1818. — Gibert, Traité des maladies de la peau et Manuel des maladies vénériennes, Paris,

(1) *Medic. Times and Gaz.*, 14 juillet 1860, *et Gaz. hebd.*, p. 620, même année.

(2) Pour les observations de Faurès et de Legroux, voy. L. Gros et Lancereaux, *Affections nerveuses syphilitiques*, p. 199.

1840. — ANGLADA, Traité des eaux minérales, 1833. — DUPASQUIER, Eaux d'Allevard, etc. — C. DESPINE, Manuel de l'étranger aux bains d'Aix en Savoie, 1850. — FONTAN, Bulletin de l'Académie de médecine, 1845, et Recherches sur les eaux minér. des Pyrénées, etc. Paris, 1853, p. 380. — Constantin JAMES, Guide pratique, etc. Paris, 1854. — VIDAL, Essai sur les eaux d'Aix en Savoie, 1851. — ENGELMANN, Sur l'usage des eaux de Kreuznach dans le traitement des affections syphilitiques. Francfort, 1849. — DASSIER, De l'emploi des eaux sulfureuses, etc. Journal de médecine de Toulouse, année 1851. — Marc PÉGOT, Essai clinique sur l'action des eaux thermales sulfureuses de Bagnères-de-Luchon dans le traitement de la syphilis. Paris et Toulouse, 1854. — HELFFT, Handbuch der Balneotherapie. — WETZLAR, Traité pratique des propriétés curatives des eaux sulfureuses d'Aix-la-Chapelle, 1856. — BAIZEAU, Mémoire sur l'influence des eaux minérales sulfureuses sur la syphilis. Gazette médic. de Paris, année 1856. — LAMBRON, Annales de la Société d'hydrologie médicale de Paris, t. III, p. 168. — DURAND-FARDEL, Traité thérapeutique des eaux minérales. Paris, 1857. — PETREQUIN et SOCQUET, Traité général pratique des eaux minérales, etc. Lyon, 1859. — REUMONT, Neue Beobachtungen und Erfahrungen über die Wirkung der Aachener Schewefert hermen bei Syphilis. Deutsche Klinik, 1862. — LUDWIG-DIEMER, Die Aachener Schewefert hermen in constitutionneller Syphilis und Quecksilber Krankheiten. Aachen, 1862. — PIDOUX, Sur le traitement par les eaux minérales. Voir Union médicale, année 1863 p. 387. — Martin LAUZER, Des eaux thermales de Luxeuil contre le virus syphilitique, etc. Revue de thérapeutique et Gaz. hebdomad., 1863, p. 341.

Ce n'est pas d'aujourd'hui que les eaux minérales interviennent dans le traitement de la syphilis. Fracastor (1) fait, dans son fameux poëme, allusion aux propriétés des eaux sulfureuses. Néanmoins les eaux thermales étaient peu employées par les premiers syphilographes, qui, pour la plupart, les regardaient comme nuisibles, sans doute à cause de la propriété qu'elles ont de développer des manifestations jusque-là restées latentes (2). L'un des premiers, Bordeu pressentit tout le parti qu'il y avait à tirer de l'influence des eaux thermales sulfureuses dans le traitement des maladies syphilitiques, et de nombreuses observations ont montré toute la justesse d'appréciation de ce savant médecin. Les eaux minérales prenant chaque jour une importance plus grande en thérapeutique, on n'a pas manqué d'étudier leur action sur la syphilis, comme sur la plupart des autres ma-

(1) Illa ego, quæ venas per montis hiantes
Callirhoe, haud ignota tuæ, fumantia mitto
Sulfura.

(2) Voy. Benedictus Victorius, *De morbo gallico*, dans Aphrodisiacus, p. 638.

ladies. Relativement au sujet qui nous occupe, Durand-Fardel a résumé l'état des connaissances dans un excellent ouvrage auquel nous ferons de nombreux emprunts.

Un fait acquis, c'est que les eaux thermales ne constituent point une médication spécifique de la syphilis. Ricord (1), Sigmund (2) et bien d'autres observateurs ont vu reparaître des accidents syphilitiques après leur emploi. Si dans quelques cas leur usage a été suivi de la cessation définitive des manifestations syphilitiques, cet effet, dit Lambron, s'est produit chez des sujets qui, antérieurement au traitement thermal, avaient pris pendant longtemps, avec une certaine régularité, des préparations mercurielles en quantité notable. Marc Pégot (3) croit également que les guérisons qu'il est possible d'attribuer aux eaux sulfureuses se sont produites chez des individus saturés de préparations mercurielles. Alors, suivant une hypothèse de Lambron, les effets curatifs n'ont lieu que parce que les eaux thermales rendent aux composés albumino-hydrargyriques arrêtés dans la trame des organes la fluidité qui leur manquait pour achever la guérison. C. James rapporte, d'après Pagès, deux exemples de salivation et de stomatite d'apparence mercurielle survenues, sous l'influence des eaux de Baréges, chez des individus qui n'avaient pas pris de mercure depuis 14 et 18 mois. Mais, en tout cas, la théorie mise de côté, il importe de savoir que les eaux minérales exercent sur les accidents secondaires et tertiaires les plus opiniâtres une action favorable à l'emploi de la médication spécifique. Ainsi c'est dans des conditions données, et principalement dans les cas de syphilis rebelle avec cachexie, que la médication thermale trouve ses indications.

Les nombreuses observations rapportées par Dassier, Pégot, Despine et d'autres encore, mettent hors de doute les heureux effets des eaux minérales combinées avec les préparations mercurielles ou iodurées. Non-seulement la médication thermale combat utilement les accidents syphilitiques en rendant au mercure et à l'iode des propriétés qu'ils n'avaient plus, mais elle stimule encore l'organisme, elle rétablit les fonctions languissantes, celles de la nutrition surtout, et elle est l'un des principaux remèdes à opposer à la cachexie syphili-

(1) Cité par Durand-Fardel.
(2) Cité par Helfft, p. 507.
(3) *Loc. cit.*, p. 170.

tique (1). Un autre effet de la médication par les eaux minérales, c'est l'absence presque constante de salivation, malgré des doses élevées de mercure (2), ou encore, ainsi que l'a noté Lambron, la cessation rapide de cet accident, si déjà il s'est montré.

Les eaux thermales ayant, comme la plupart des agents excitants, la propriété de faire apparaître les manifestations restées latentes, trouvent leur indication et leur utilité toutes les fois qu'il s'agit de savoir si un individu qui a été atteint de la syphilis est encore ou non sous le coup de cette maladie. Sous ce rapport, M. Pégot, C. James et Lambron regardent les eaux minérales sulfureuses comme la pierre de touche de la syphilis. Mais l'infaillibilité de ce moyen de vérification est loin d'être reconnue par tous les auteurs. Ricord, Gerdy, Helfft, Durand-Fardel, ne peuvent se résoudre à admettre l'action des eaux sulfureuses comme un criterium absolu du diagnostic de la syphilis dans tous les cas obscurs ou douteux. D'ailleurs ce ne sont pas seulement les eaux sulfureuses qui auraient la propriété de dévoiler les effets cachés de la syphilis : Durand-Fardel a vu les eaux de Plombières et celles de Vichy agir dans ce sens, et, suivant Fleckles, les bains de Carlsbad auraient plusieurs fois rappelé d'anciens accidents syphilitiques.

Cependant les eaux thermales sulfureuses l'emportent sur toutes les autres classes d'eaux minérales, lorsqu'il s'agit d'aider à la curation de la syphilis ou d'en rappeler les manifestations. Les eaux sulfurées sodiques thermales de Bagnères-de-Luchon, de Baréges, d'Amélie-les-Bains, de Cauterets, d'Aix en Savoie, celles d'Allevard, d'Aix-la-Chapelle, de Weilbach, de Schinznach, d'Acqui, de Viterbe, etc., sont préférablement indiquées. En Allemagne principalement, on a recours aussi aux eaux chlorurées sodiques. Ainsi le docteur Peez vante les eaux de Wiesbaden comme utiles dans les cas de syphilides, et Rotureau nous apprend que les eaux de Nauheim peuvent être un adjuvant très-puissant pour combattre les manifestations secondaires et surtout les manifestations tertiaires (3). De même, Engelmann prescrit avec avantage les eaux de Kreuznach, toutes les fois que la syphilis se trouve combinée avec la scrofulose, circonstance dans laquelle elle est généralement rebelle.

(1) Voir Pégot, *loc. cit.*, p. 64.
(2) C. Despine, *loc. cit.*, p. 217.
(3) *Études sur les eaux de Nauheim*, 1856, p. 120.

HYDROTHÉRAPIE.

Appliquée au traitement de la syphilis, l'hydrothérapie est simplement un adjuvant utile ; pas plus que les eaux minérales, elle ne peut constituer une méthode particulière de traitement. Schedel avait cru à tort qu'aucun remède ne guérissait plus sûrement les accidents primitifs ; mais L. Fleury fait remarquer avec justesse que Desruelles et les adversaires du mercure ont montré que les chancres guérissent chez les malades soumis à un traitement simple, et cela en quinze jours ou trois semaines, c'est-à-dire dans un espace de temps qui n'est pas plus long que celui que peut demander l'eau froide. L'hydrothérapie prévient-elle les accidents consécutifs ? a-t-elle des avantages marqués sur le mercure et l'iodure de potassium ? arrête-t-elle, en un mot, mieux que toute autre médication, les progrès de la diathèse syphilitique ? Telles sont les questions dont il importe d'avoir la solution. Or, un cas de syphilis secondaire a été traité sans succès par Priessnitz (Scoutetten). Schedel rapporte trois cas de syphilis secondaire ou tertiaire contre lesquels le traitement hydrothérapique a aussi échoué. Lubanski ne fait pas mention de la syphilis dans son ouvrage. Bidart signale quelques cas de syphilis tertiaire guéris par l'eau froide. Baldou rapporte onze observations de malades guéris, mais la plupart incomplètes et très-peu concluantes, en sorte que la guérison de la syphilis par l'hydrothérapie n'est nullement prouvée.

L. Fleury, ne voulant pas traiter uniquement par l'hydrothérapie les malades affectés de syphilis, recourt en même temps aux spécifiques, auxquels il associe les sudations et les douches froides générales. « Dans ces conditions, dit cet auteur (1), l'hydrothérapie m'a semblé être un adjuvant précieux du traitement spécifique ; elle est fort utile pour combattre la chloro-anémie que l'on rencontre si fréquemment chez les malades atteints de vérole constitutionnelle ; elle m'a paru aussi exercer une influence très-favorable sur la marche de la maladie, et principalement sur celle des accidents secondaires et tertiaires : cette influence s'est manifestée surtout chez les individus faibles, débilités, lymphatiques, à tendance scrofuleuse. » On ne peut,

(1) *Traité pratique et raisonné d'hydrothérapie*, Paris, 1856, p. 392.

en résumé, nier les bons effets de l'hydrothérapie dans les dernières périodes de la syphilis ; il est à regretter seulement que cette méthode de traitement ait été trop peu expérimentée jusqu'ici. Je crois qu'elle mérite d'être employée en même temps qu'une hygiène après l'usage du mercure et de l'iodure de potassium, et qu'elle est un excellent moyen d'arriver à compléter la guérison de la syphilis.

DIÉTÉTIQUE.

Le régime a été de tout temps considéré comme un puissant adjuvant dans la curation de la syphilis. Les anciens syphilographes plus que les modernes y attachaient de l'importance ; souvent aussi ils en exagéraient les effets. « Dans les premières années (après l'apparition de la syphilis) on défendait au malade, dit Fracastor, de quitter le lit durant un mois entier ; mais depuis on s'est un peu relâché de cette rigueur. Alors aussi on ne lui accordait de nourriture que juste ce qu'il fallait pour entretenir la vie (trois onces ou au plus quatre onces de pain, deux onces de chair de poulet, une once de raisins secs). Il devait s'abstenir de vin et user, pour unique boisson, de la seconde décoction de gayac seule ou additionnée de miel. Aujourd'hui, on est moins sévère ; on permet au malade de sortir et de se nourrir plus copieusement. Toutefois, celui qui s'astreint aux prescriptions les plus rigoureuses guérit d'une manière plus sûre et plus radicale (1). » Là ne se bornait pas toutefois le régime des syphilitiques, car nous voyons le même Fracastor, dans le livre II de son célèbre poëme, conseiller la liberté des champs, l'air pur des collines (2), les distractions de la chasse, les travaux de la terre, les exercices de la lutte, du saut, de la paume, l'équitation, etc.

(1) *De morbis contagiosis*. Aphrodisiacus.

(2) Protenti potius campi mihi liber et agri
Tractus, et apricis placeant in collibus auræ,
Molles zephiri, pulsusque aquilonibus aer.
Hic, jubeo, tibi nulla quies, nulla otia sunto ;
Rumpe moras, agita assiduis venatibus apros,
Impiger, assiduis agita venatibus ursos.
Nec tibi sit labor aerii cursu ardua montis
Vincenti, rapidum in valles deflectere cervum,
Et longa lustrare altos indagine saltus.
Vidi ego sæpe, malum qui jam sudoribus omne
Finisset, sylvisque luem liquisset in altis. Etc., etc.

Toute la première partie du second livre de Fracastor est consacrée à la diététique.

Fallope écrit sur le même sujet : « Ego vidi aliquos curatos ligno fagi, qui conjecti in triremes, atque instituta victus ratione tenuissima, laborantes, ex toto liberantur; sed iste non est usus medicus. » Brassavole a laissé un bel exemple des effets de la gymnastique dans l'histoire de cet homme qui se guérit de douleurs nocturnes en allant souvent tirer la corde de la grosse cloche de Ferrare (1). A une époque plus rapprochée de nous, Van Swieten insista aussi sur l'importance de la diététique; il s'exprime ainsi : « Vidi ipse memorabilem casum, qui me docuit, quid constans ægri animus, *cum victu penitus macilento*, ac validorum laborum tolerantia, efficere possit in lue venerea inveterata, et vix non desperata. » Et il raconte le fait que voici : Un jeune homme avait été traité quatre fois par la salivation mercurielle et trois fois par la décoction de gayac, et chaque fois la maladie, après avoir été dissipée en apparence, s'était manifestée par de nouveaux symptômes. Dénué de tout, abandonné de sa famille, ce jeune homme s'adressa à Van Swieten. Celui-ci le consola et promit de le soulager. Il lui conseilla de prendre un habit de paysan, et le mit, au commencement d'avril, valet d'un laboureur chez lequel il fut assujetti, uniquement pour la nourriture, aux travaux les plus rudes. Le malade ne vivait que de pain, de panais, de carottes, de pommes de terre et de quelques fruits; il n'avait d'autre boisson que du petit-lait léger ; il s'abstenait de viande, de poisson, d'œufs, de lait, de beurre et de fromage. Au mois d'octobre suivant, il était parfaitement guéri. Van Swieten le revit plus tard, lorsqu'il était père de plusieurs beaux enfants.

Ainsi que nous l'avons dit, c'est à l'aide du régime que les malades, dès le seizième siècle, parvenaient quelquefois à échapper à l'influence désastreuse du mal et du remède, le mercure, qui leur était si libéralement prodigué : au régime aussi il faut attribuer un grand nombre de guérisons qui ont été mises sur le compte des bois sudorifiques. C'est de même par le régime poussé jusqu'à la plus extrême rigueur que les habitants de l'Abyssinie (2), que les fellahs d'Égypte, que la plupart des peuples barbares étouffent leurs maux vénériens. Le régime encore guérit radicalement plusieurs centaines de soldats réduits à ne manger, pendant plusieurs mois, que de la galette et des

(1) Voir les traités de Fallope et de Brassavole dans l'*Aphrodisiacus*. — Consultez, dans le même recueil, le traité de Nicol. Massa, où se trouve l'observation de Broïla Montanus.

(2) Voyez Combes et Tamisier, *Voyage en Abyssinie*, t. I, p. 279.

légumes (1). C'est le régime enfin et toujours le régime qui aida à la guérison de ces milliers de malades auxquels on refusa, à une certaine époque, les bienfaits d'une médication mercurielle bien dirigée. Le régime est donc tout-puissant en fait de syphilis et, en réalité, la diététique est tout aussi importante dans les maladies chroniques que dans les maladies aiguës; car elle est un des principaux modificateurs de l'organisme. Cette grande puissance dont peut user le médecin est néanmoins généralement négligée, et c'est à peine si, de nos jours, on songe à en tirer profit. Vidal de Cassis et Payan ont, il est vrai, fixé l'attention des médecins sur les succès obtenus, dans les hôpitaux de Marseille et dans les hôpitaux d'Aix, par la diète sèche ou le traitement arabique; mais on n'a pas suffisamment spécifié les cas auxquels convient cette méthode de traitement qui a reçu le nom de *cura famis*. Appliquée sans distinction de cas,cette méthode peut être dangereuse chez les individus faibles, débilités, à tendance scrofuleuse. La diète, dit Ricord, aggrave, quelquefois la maladie, tandis qu'une alimentation réparatrice et tonique devient la condition de succès du traitement.

Il résulte de là que la diététique a ses règles et ses indications. L'alimentation doit être peu modifiée, car il faut respecter les habitudes du malade. Des viandes en petite quantité, des légumes, un peu de vin, rarement des alcooliques, à moins que le malade ne soit habitué à ces boissons : voilà pour le régime alimentaire. L'air, ce second aliment, ne doit pas être négligé. « Souvenez-vous, écrit Diday, que le bain d'air et de soleil, qui n'est jamais un supplément inutile, devient parfois un secours qui est indispensable à ces sujets chez qui l'action vitale languit. » Les promenades au grand air, les courses à la campagne sont certainement indiquées. Non-seulement l'air est utile, mais il doit avoir certaines qualités. Nous savons que les brusques changements de température ne sont pas toujours avantageux, et quil n'est pas indifférent de vivre dans tel ou tel milieu. Un appartement chaud et sec, bien exposé, n'est pas chose à négliger de la part de l'individu qui cherche à se guérir de la syphilis. L'inaction est en pareil cas une fort mauvaise chose : il faut, sans vouloir exiger autant que Fracastor, que le malade continue ses occupations ordinaires; et s'il veut se guérir définitivement, il ne fera pas mal de se soumettre

(1) Clot-Bey, *Sur le traitement de la syphilis en Égypte*, *Gaz. médicale de Paris*, 1839, p. 394.

à une sorte d'entraînement. L'escrime, la gymnastique, l'équitation, le tout pratiqué en plein air et avec une alimentation suffisante, sont, à notre sens, les meilleurs moyens d'opérer cette rénovation de l'organisme sans laquelle la guérison ne peut jamais être complète.

Mais, en même temps, il faut savoir éviter la fatigue et respecter les nuits : le sommeil est un besoin des plus impérieux à l'âge principalement où l'on contracte d'ordinaire la syphilis ; il doit être pris la nuit et dès neuf ou dix heures du soir. La continence est une autre mesure hygiénique que doit observer le malade ; il faut qu'il sache éviter les plaisirs de la chair ainsi que les plaisirs de la table, et n'user qu'avec la plus grande modération des femmes et du vin. Combien de fois n'avons-nous pas vu les excès alcooliques devenir la cause occasionnelle d'accidents qui ne se seraient peut-être jamais manifestés autrement ! combien de fois surtout n'avons-nous pas vu ces excès changer le caractère de la maladie, et faire d'une maladie bénigne une maladie grave ! Le tabac, et particulièrement celui qui se fume dans la pipe, cause provocatrice si fréquente des plaques muqueuses de la bouche, sera soigneusement évité. Le moral, comme le physique, mérite tous les égards du médecin. Les anciens syphilographes n'ignoraient pas cela ; N. Massa n'oubliait pas l'hygiène morale auprès des grands seigneurs vérolés de son temps (1), et nous ne devons pas non plus l'oublier aujourd'hui auprès de nos malades ; qu'ils soient de grands seigneurs ou des artisans, nous devons chercher à raffermir leur moral souvent attristé et inquiet, ainsi qu'il a été dit plus haut. Toutes ces considérations, sur lesquelles je ne puis m'arrêter plus longtemps, ont leur utilité dans le traitement de la syphilis. Loin de moi la prétention de tout dire à cet égard ; mais que le médecin n'oublie pas que l'avenir de son malade dépend à peu près invariablement du respect ou du mépris qu'il aura pour la rigoureuse observation du régime.

(1) Voici en quels termes il en résumait les préceptes :

« Lætentur igitur et sint jocundi, fugiant plorantes et loca tristia ; sint in jocis, cantilenis et fabulis, quæ sint delectabiles et jocundæ. Audiant sonos et voces suaves. Et stent in viridariis et cum caris amicis ; et, si sunt studiosi, legant historias, neque multum studeant, maxime materiæ difficili. Nic. Massa (*De morbo gallico tractatus*, cap. xv.)

§ 6. — Syphilisation et vaccination.

SYPHILISATION.

Auzias-Turenne, De la syphilisation ou vaccination syphilitique (Archives de médecine, 1851, 4e série, t. XXVI); De la syphilisation et de la contagion des accidents secondaires, etc., in-8°, Paris, 1853 ; Correspondance syphilographique. Paris, 1860. — Sperino, La syphilisation étudiée comme méthode curative et comme moyen prophylactique des maladies vénériennes; traduit de l'italien par Trésal. Paris, 1855. On trouve dans cet intéressant travail un historique détaillé de la question qui nous occupe, et plusieurs mémoires des docteurs Mottini, Zelaschi, Galligo, Gamberini et Calderini. — W. Boeck, Syphilisationem studeret ved Sygesengen. Christiania, 1854; Recherches cliniques sur la syphilisation (Revue médico-chirurgicale de Paris, septembre 1854); De la syphilisation appliquée aux enfants, traduit en français par Hagen, 1857; De la syphilisation, état actuel et statistique, Christiania, 1860 (en français); et encore Bulletins de l'Académie de médecine, années 1851, 1852. Toutes ces pièces ont été réunies en un volume sous ce titre : De la syphilisation, etc. 1853. — Hagen, De la syphilisation (thèse de Strasbourg, 1855). — Follin, De quelques doctrines modernes sur la syphilis et de la syphilisation. Archives de méd., janvier 1856. — J. H. Guérault, Observ. médic. recueillies pendant le voyage du prince Napoléon dans les mers du Nord (thèse de Paris, 1857). — Melchior Robert, Bulletin de la Société impériale de médecine de Marseille, n° 4, 1859, et Nouveau Traité des malad. vénér., 1861, p. 750. — Boeck, Note sur la théorie de la syphilisation. Gazette hebd., n° 19, 1859. — Sigmund, Syphilisationen bei syphilitischen Krankheitsformen. Wien med. Wochenschr, nos 17 et 19, 1859. — Hebra, Ueber Syphilisation. Wien med. Wochenschr., n° 12, 1859. — Hermann, Zur Frage der Syphilisation. Wien med. Wochenschrift, nos 5, 6, 7, 1859. — Lindwurm, Même question Intelligenz-Blatt, n° 13, 1860. — Diday, Gazette médicale de Lyon, 1860. — Auzias-Turenne, Correspondance syphiliographique. Paris, 1860. — Sigmund, Ergebnisse der Syphilisation Versuche für die Praxis. Wien med. Wochenschrift, nos 7 et 8, 1861. — Boeck, Note sur la syphilisation. Gaz. des hôpitaux, n° 83, 1861. — Wildhagen, Ueber Syphilisation. Norsk Magazin, vol. XIV, 1860, et Behrend's Syphilidologie, neue Reihe, vol. III, 1861. — Martin Lauzer, La syphilisation devant la Société médicale du Panthéon. Journal des connaissances médico-chirurg., septembre 1861. — Auzias-Turenne, Discours sur la syphilisation à la Société méd. du Panthéon. Paris, 1861. — Boecker, Die Syphilisation vom Sanitätspolizeilichen Standpunkte. Vierteljahrschr. für gerichtch. Med. t. XX, p. 37. — Mansouroff, Note sur le traitement de la syphilis constitutionnelle par les inoculations répétées du virus chancreux. Gaz. hebd., p. 8, 1861. — Faye, Nogle Bemarkninger om Syphilisation eller curativ Chanckerinoculation. Chris-

tiania, 1861. — Société médicale de Clermont-Ferrand, Rapport et discussion sur la syphilisation. Clermont, 1865. — D.-J. Simpson, Remarks on syphilization or a cure for constitutional syphilis. Edinburgh med. and surgical Journ., décemb. 1864. — Boeck, Conférence sur l'historique, la théorie et la pratique de la syphilisation. Medical Times and Gazette, 10 juin 1865, et France médicale. Paris, 1865.

La syphilisation est née en France. Étudiant les effets du virus syphilitique sur les animaux, Auzias-Turenne reconnut qu'après un certain nombre d'inoculations l'animal inoculé devenait réfractaire au virus chancreux, sans avoir rien perdu de sa bonne santé et sans avoir montré la moindre trace de la maladie dont le premier signe lui avait été donné à satiété. C'est à cette immunité, ou plutôt à l'état particulier de l'organisme ainsi modifié, qu'Auzias-Turenne donna le nom de syphilisation. Une lettre en date du 10 novembre 1850 annonça ce résultat à l'Académie des Sciences. Auzias-Turenne ne s'arrêta pas en si beau chemin, il pensa qu'il ne serait pas impossible de reproduire chez l'homme ce qu'il observait chez les animaux. Mais comment faire bénéficier l'espèce humaine de la découverte? Quelques personnes vinrent tirer l'expérimentateur d'embarras en se soumettant spontanément aux inoculations. Une immunité complète ayant été obtenue chez elles, on chercha bientôt à transporter dans le domaine thérapeutique les idées théoriques d'abord exposées par Auzias-Turenne. A Turin, Sperino essaya de traiter par la syphilisation les prostituées de son syphilicome, et, vers la même époque, Boëck introduisit la syphilisation à Christiania. Depuis lors, plusieurs médecins bien connus ont mis cette méthode en pratique, tant en Suède qu'en Allemagne. En France, l'auteur d'une thèse présentée à la Faculté de médecine de Strasbourg, en 1855, s'aidant des résultats obtenus par Sperino et Boëck, chercha à réhabiliter la syphilisation déjà en grande défaveur. En 1857, H. Guérault faisait connaître les observations qu'il avait faites sur la syphilisation, dans un voyage en Norwége. Vers la fin de la même année, Melchior Robert communiqua à la Société de médecine de Marseille des expériences entreprises sur la syphilisation, et desquelles il résulte que, sous l'influence d'un certain nombre d'inoculations chancreuses ne dépassant pas 36, on peut faire résoudre assez facilement des chancres indurés, guérir des accidents secondaires et tertiaires, imprimer enfin à l'économie une modification telle que des accidents réfractaires à l'emploi

des spécifiques deviennent ensuite très-sensibles, même à de faibles doses de ces médicaments. Ce médecin, pourtant, réserve ce moyen pour des cas exceptionnels, et lui préfère le traitement mercuriel. Diday, dans une étude critique intéressante, insérée dans la *Gazette médicale de Lyon,* prétend que la syphilisation convient uniquement à certains cas de syphilis rebelle. Gibert et Bazin sont d'un avis peu différent; mais bien d'autres médecins distingués repoussent ce procédé thérapeutique. Tout récemment, la Société médicale de Clermont-Ferrand manifesta une tendance de ce genre dans les conclusions générales qui ont terminé une remarquable discussion sur ce sujet. Néanmoins, elle émit le vœu que la liberté d'expérimentation fût laissée, en France, aux médecins qui se croiraient suffisamment éclairés.

La syphilisation peut être envisagée comme moyen préventif ou comme moyen curatif. La syphilisation préventive, aujourd'hui complétement abandonnée, ne peut nous arrêter; la syphilisation curative demande seule à être examinée avec soin.

Les conditions de succès de la syphilisation curative, telle qu'on la pratique dans les hôpitaux de Christiania, par exemple, tiennent à l'application de la méthode peu après l'apparition des symptômes constitutionnels et chez des individus vierges de tout traitement dit spécifique. Quant au procédé d'application, le voici tel que le décrit le professeur Boëck : « Je prends le virus d'un chancre contracté par le coït, ou bien d'une pustule ou d'un ulcère artificiel de ceux qui sont déjà en traitement par la syphilisation. Je fais les premières inoculations aux côtés, et j'en fais trois à chaque côté. Après trois jours, trois autres inoculations à chaque côté, en prenant la matière des pustules produites par la dernière inoculation. Je continue tous les trois jours d'inoculer aux côtés, en me servant toujours de la matière des dernières pustules jusqu'à ce que j'aie un résultat absolument négatif. Alors je commence à inoculer les deux bras et je continue de la même manière qu'aux côtés, jusqu'à ce que la matière ne produise plus d'effet non plus. Étant parvenu à ce point, je prends la matière d'un autre individu, et je l'inocule aux côtés ou aux bras, ou bien à ces deux places à la fois, et je continue avec la nouvelle matière de la même manière qu'avec la première, jusqu'à ce qu'elle n'agisse plus. Quand il y a immunité aussi pour la seconde matière aux côtés et aux bras, je commence les inoculations aux cuisses, et je continue de la même manière que sur les places déjà nommées, jusqu'à

l'immunité. Sur les trois places nommées, je fais encore l'inoculation avec de la matière prise d'autres malades, jusqu'à ce qu'aucune matière dont je peux disposer ne prenne plus. » Le résultat des inoculations ne se fait pas attendre. Au bout de vingt-quatre heures, le point d'inoculation est enflé et environné d'une petite auréole d'un rouge pâle; le troisième jour, la pustule est ordinairement bien caractérisée, et, lorsqu'elle vient à se rompre, il reste un petit ulcère rond, à bords taillés à pic, à fond grisâtre et lardacé.

Tel est le procédé opératoire et son résultat immédiat. Ici se pose une première question : quelle est la nature de l'accident inoculé? A en juger par la description qui précède, il est clair que ce n'est pas le vrai chancre syphilitique que l'on transmet dans ces conditions, mais simplement le chancre mou (fausse syphilis). L'absence d'incubation et les caractères de l'accident ne laisseraient déjà aucun doute à cet égard, si l'on ne savait de plus que le phénomène initial de la syphilis constitutionnelle n'est pas réinoculable. Par conséquent, la prétendue immunité qu'on veut accorder à la syphilisation est le résultat de l'inoculation du chancre simple, et, sous ce rapport, il y aurait à contester la légitimité du mot syphilisation. Cette immunité n'est, du reste, que temporaire, au rapport même des principaux partisans de la syphilisation, puisque des individus réfractaires ont pu être réinoculés plus tard, et que l'on compte un certain nombre de récidives.

Cependant des médecins dont on ne peut contester le savoir et le mérite prétendent que la syphilis peut guérir par l'inoculation chancreuse; il en est même qui vont jusqu'à préférer cette méthode de traitement à toutes les autres. Ainsi se présente une seconde question : quelle est la valeur thérapeutique de la syphilisation ? Les faits, avouons-le, sont, en pareil cas, d'une interprétation difficile. Dès l'instant que la possibilité d'une guérison spontanée de la syphilis n'est plus à contester, il s'agit de rechercher si les cas de guérison attribués à la syphilisation ne sont pas la conséquence de la marche naturelle de la maladie. Or, pour décider dans de semblables conditions, il serait nécessaire d'avoir un terme de comparaison exact, comme de savoir au juste ce que deviennent, abandonnés à eux-mêmes, un certain nombre de cas semblables à ceux qui se trouvent soumis à la syphilisation. Seulement alors il sera permis, à mon avis, de porter un jugement définitif sur la syphilisation. Sans le terme de comparaison dont je viens de parler, les statistiques ne peuvent

rien prouver d'absolu. Sur 76 individus atteints de vérole et guéris par la syphilisation, 45, nous dit-on, n'étaient affectés que de symptômes mal précisés, ils ont été mis de côté ; sur les 31 faits restants, il y eut, par suite de la syphilisation, cinq fois insuccès et 26 fois disparition des accidents. Un pareil résultat est évidemment heureux ; mais à mon sens, nullement démonstratif, et pour s'en convaincre, il suffira de jeter un coup d'œil sur les statistiques que nous ont laissées les médecins anglais relativement au traitement non mercuriel. Si même l'on suppose l'efficacité thérapeutique de la syphilisation, cette méthode est loin de mettre les malades à l'abri des rechutes, et par conséquent on ne peut lui attribuer, ainsi qu'on l'a voulu, la propriété de modifier l'économie tout entière. J'ai traité en tout 42 individus, professait tout récemmen Boëck, de Christiania, 45 ont eu des rechutes ; mais comme on peut calculer que quelques-uns de ceux qui ont été traités l'année dernière sont encore passibles de rechutes, je pourrais, d'une façon certaine, fixer le nombre des rechutes à 12 et 13 pour cent. Aussi loin que remontent mes souvenirs dans ce moment, 13 d'entre eux furent traités de nouveau par la syphilisation et 2 par l'iodure de potassium, 3 d'entre eux ont, en outre, ressenti des accidents tertiaires. Les résultats obtenus par la syphilisation sur les enfants atteints de syphilis héréditaire n'ont pas été brillants, ajoute ce médecin. Sur 42 enfants, 22 sont morts ; mais j'ai traité tous les cas que j'ai pu rencontrer, et tout le monde sait que, chez de tels enfants, il y a souvent des affections d'organes internes qu'il n'est pas en notre pouvoir de guérir.

Au résumé, l'efficacité thérapeutique de la syphilisation manque jusqu'ici de preuves suffisamment démonstratives, et si tant est que cette méthode de traitement soit utile, c'est seulement dans des cas donnés, et sans qu'il soit possible de certifier le succès. Jamais, après cela, il n'y a lieu de préférer la syphilisation aux divers traitements ci-dessus indiqués. Il est très-vraisemblable, du reste, que les effets thérapeutiques de la syphilisation consistent dans une action révulsive toute locale.

Cullerier voulut s'assurer du fait en faisant traiter un certain nombre de syphilitiques par les vésicatoires. Il faisait appliquer chaque jour quatre à six vésicatoires volants, de la grandeur d'une pièce de cinquante centimes, sur la face antérieure de la poitrine ; exceptionnellement, il faisait mettre de grands vésicatoires, et proscrivait, du moins,

pour une série de malades, toute médication mercurielle ou iodique. Un des élèves de ce maître, Parisot, a consigné dans sa thèse inaugurale (1) les résultats de ce mode de traitement. Sur 22 malades atteints de syphilis primitive, secondaire et tertiaire, on put compter un certain nombre de cas de guérison auxquels la médication ne parut pas avoir été tout à fait indifférente. Ainsi, ce traitement fit disparaître des syphilides papuleuses, pustuleuses, squammeuses, des plaques muqueuses, etc. ; mais il resta sans succès contre les lésions plus profondes de la bouche et de la gorge. C'est sur les accidents cutanés de la syphilis, sur les syphilides papuleuses proprement dites, qu'il eut le plus de prise. Or, ces accidents superficiels sont précisément ceux contre lesquels la syphilisation réussit le mieux, ainsi qu'il est facile de s'en convaincre en jetant un coup d'œil sur le relevé statistique du professeur Boëck. Comme la syphilisation, les vésicatoires échouent fréquemment contre les accidents primitifs et tertiaires ; ni l'une ni l'autre de ces méthodes n'empêche les récidives. Mais, en somme, la méthode par les vésicatoires ne devra être prescrite qu'autant que le traitement mercuriel sera sans succès et que la gravité des symptômes exigera l'emploi de moyens énergiques. Les surfaces soumises à l'action des vésicatoires prennent ordinairement un aspect en rapport avec le tempérament du malade; chez les individus lymphatiques, elles deviennent le siége de poussées inflammatoires et se couvrent de croûtes impétigineuses. Les cicatrices présentent d'ordinaire une teinte bistre plus ou moins foncée, à laquelle la syphilis n'est peut-être pas tout à fait étrangère.

Un autre procédé de révulsion (emplâtre stibié), tenté par le docteur Hjort (2), à l'instigation de Boëck, de Christiania, a été également suivi de bons résultats, de l'aveu de ce professeur (3). Aussi, malgré l'opinion contraire de la plupart des syphilisateurs, sommes-nous conduit à ne voir, dans la syphilisation, autre chose que le résultat d'une action analogue à celle que peuvent produire des moyens révulsifs d'une égale puissance, mais nous croyons que cette méthode de traitement n'est applicable que dans des cas particuliers qui ont résisté aux moyens de traitement ordinaires, au mercure, à l'iodure

(1) *Études sur un nouveau traitement de la syphilis expérimenté à l'hôpital du Midi en* 1857.

(2) Voir *Magazin for Lægevidenskaben*, t. XV, liv. III.

(3) *Recherches sur la syphilis*, etc. Christiania, 1862, p. 473.

de potassium, aux ferrugineux, et même aux eaux minérales. Cette opinion est d'ailleurs celle de praticiens très-expérimentés, tels que Gibert, Bazin, Diday, etc.

VACCINATION.

Je rapproche de la syphilisation la vaccination, autre méthode de traitement de la syphilis, qui a vu le jour en Russie et qui consiste à traiter cette maladie par des inoculations multiples de virus-vaccin. Importée en France par son inventeur Justin Lukomski, capitaine du corps forestier russe, cette méthode n'a pas paru mériter de fixer l'attention des chirurgiens devant lesquels elle fut expérimentée. En Russie, toutefois, elle reçut un commencement d'exécution, et d'abord on put lui attribuer quelques succès. De nombreuses observations rapportées par Yeltzinski (1) et par Kreyser (2) font connaître les résultats avantageux obtenus par ce moyen, à savoir, la disparition plus rapide des accidents primitifs, secondaires ou tertiaires. Mais dans ces faits, comme dans ceux qui ont trait à la syphilisation, il ne semble pas qu'on ait tenu aucun compte de la marche de la syphilis livrée à elle-même ou du moins soustraite à l'action de tout remède dit spécifique. Les considérations dans lesquelles nous sommes entré tout à l'heure ont ici, *à fortiori*, leur raison d'être, et si la vaccination a réellement quelque utilité, elle la doit à la révulsion qui résulte de la production artificielle d'un nombre plus ou moins considérable de pustules. D'ailleurs, cette méthode, traduite, vers la fin de l'année 1860, devant la Société physico-médicale de Moscou, et très-chaudement discutée, a été condamnée à quelques réserves près (3).

Telles sont, parmi les diverses méthodes thérapeutiques employées pour combattre la syphilis, celles qui ont le plus fixé l'attention. Loin

(1) *Radicale Heilung der Syphilis vermittel Kuhpocken vaccination.* Leipsig, 1860.

(2) *Die Vaccination als Heilmittel gegen Syphilis* (*Medic. Central-Zeitung*, 1860, t. XIX, p. 49).

(3) Voyez *Gaz. hebdom. de médecine et de chirurgie*, 1re série, t. I, p. 567, 1864. — Comparez : Behrend, *Die Vaccination als Heilmittel der Syphilis* (*Behrend's Syphilidologie*, t. III, 2e part. 1861). — Schuberg, *Versuche zur Heilung der Syphilis mittelst der Vaccination* (*Badisch Mittheil.*, no 11, 1861). — Sabborky *Ueber die Heilung der Syphilis durch Blattereinimpfung* (*Med. Mittheil.* nos 17, 18, 19; 1861, et *Saint-Petersbourg Med. Zeitschr.*, t. I, p. 335, 1861).]

de moi la prétention d'avoir tout dit sur un sujet aussi vaste ; mais je m'en console, convaincu que ce qu'il faut au médecin, ce n'est pas tant la connaissance de procédés thérapeutiques plus ou moins bizarres qu'une règle sûre et certaine pour ne pas nuire et savoir se rendre utile. Or si, comme je me suis efforcé de le prouver, la syphilis, de même que toutes les maladies de l'homme, a une tendance naturelle à la guérison spontanée, il est clair que le rôle du médecin (*interpres naturæ et minister*) consiste à favoriser cette tendance. L'important est donc de placer le malade dans les conditions les plus propres à amener cette guérison, et ainsi le premier précepte a trait à l'hygiène; mais comme l'hygiène ne suffit plus quand des lésions viennent compromettre l'existence, les agents thérapeutiques ont alors à intervenir. Parmi ces agents, le mercure et l'iodure de potassium, avons-nous dit, méritent la préférence; mais que l'on se garde d'en faire, ainsi que cela se voit trop souvent, une panacée universelle applicable à tous les cas obscurs, car lors même que la syphilis est nettement accusée, ces agents ont leurs indications particulières.

Si les moyens hygiéniques suffisent dans la période de l'accident primitif, le mercure est l'agent thérapeutique de la période secondaire, c'est-à-dire des lésions hyperémiques ou phlegmasiques disséminées sur les surfaces cutanée et muqueuse. Le sublimé et le protoiodure de mercure sont les préparations que l'on doit préférer. Le biiodure est plus généralement employé contre les syphilides profondes. L'iodure de potassium convient mieux pour combattre les lésions lentes et chroniques qui envahissent, en dernier lieu, les parenchymes. La durée d'emploi de ces agents est nécessairement variable, et on conçoit qu'il ne puisse y avoir de précepte absolu à cet égard. Règle générale, tant que leur influence sur l'économie est reconstituante et non débilitante, rien à craindre; mais sitôt qu'ils produisent l'anémie, il convient d'en cesser l'usage. Un médicament n'est jamais chose indifférente : ou il est utile ou il est nuisible, c'est au médecin à discerner. L'effet médicamenteux une fois obtenu, il n'y a plus qu'à attendre, l'hygiène et le temps achèveront la cure. Les exercices journaliers sans fatigue, la gymnastique, les frictions cutanées, les bains et l'hydrothérapie viendront à leur tour compléter la guérison de l'organisme, qui tend naturellement à revenir à son état normal primitif.

SIXIÈME PARTIE

MÉDECINE LÉGALE

FABRE, Traité des maladies vénériennes, p. 15. Paris, 1773. — BOUCHACOURT, Consultation médico-légale sur un cas de syphilis communiquée de l'enfant à sa nourrice par l'allaitement. Revue médicale, 1840, et Gaz. Méd. de Paris, 1841, p. 534. — DIDAY, Traité de la syphilis des nouveau-nés, etc. Paris, 1854. — DITTERICH, Neue medicinisch-chirurgische Zeitung, 1859 et Gaz. méd. de Paris 1865. — CAZENAVE, De la transmission de la syphilis de l'enfant à la nourrice, sous le rapport médico-légal. Ann. des maladies de la peau et de la syphilis, t. IV, p. 85. — VIENNOIS, De la syphilis transmise par la vaccination. Archiv. gén. de médecine, juin 1860 et mois suiv. — ROLLET, De la transmission de la syphilis entre nourrissons et nourrices, au point de vue de la médecine légale, dans Gazette hebdomad. de méd. et de chirurg., 1861, p. 589. — A. TARDIEU, Étude sur les maladies provoquées ou communiquées, dans Annales d'hygiène publique et de médecine légale, 2e série, t. XXI, 1864 p. 104 et suiv. — AM. RICORDI, Sifilide da allattamento. Milano, 1865, p. 157 et suivantes. — CHABALIER, Rapport sur un travail de M. le docteur Viennois, ayant pour titre : *Étude médico-légale sur un cas de syphilis infantile,* Gaz. méd. de Lyon, 16 juillet 1865.

La syphilis, par sa nature même et surtout par son mode de propagation, devait donner lieu à une foule d'actions et de débats judiciaires. Dès le seizième siècle la question médico-légale est posée, et c'est aux médecins que l'on demande les lumières nécessaires pour l'éclairer et la résoudre. L'histoire mémorable, rapportée par A. Paré, d'une nourrice qui infecte son nourrisson, lequel transmet la maladie à sa mère et celle-ci à son mari et à ses autres enfants, ne pouvait guère provoquer une discussion judiciaire; mais « la nourrice eut le fouet sous la custode, et l'eût eu par les carrefours, n'eust été de crainte de déshonorer la maison. » Les documents relatifs à l'étude médico-légale de la syphilis sont rares, il est vrai, chez les premiers syphilographes; mais déjà pourtant des éléments importants existent sur la matière. Ainsi, pour ce qui est de la transmission

de la syphilis par l'allaitement, Brassavole apprécie avec une grande justesse les deux termes de la question médico-légale : « Si infans lac exsugens, dit-il, circa os pustulas contrahat, quæ extranei coloris sint, nec curari facile valeant, judica hunc morbi gallici contagium a nutrice recepisse. E contrario, si infans a berophotrophio receptus, pustulas per corpus habeat, sitque prave affectus, et nutrix in mammis, ac papillis, pustulas incidat, quæ facile curari non possint, judica nutricem hanc ab infante recepisse contagium. »

Plus tard, dans un traité des maladies vénériennes qui n'est pas sans importance, Fabre écrit : « On sait que les pères et mères qui ont la vérole s'attirent des procès ruineux et déshonorants de la part des nourrices qui ont été infectées par leurs nourrissons. Dans ces occasions, les juges ne peuvent prononcer que sur les consultations des médecins et des chirurgiens : il est donc important qu'ils sachent distinguer lorsque l'enfant a donné réellement du mal à sa nourrice, et lorsque la nourrice a puisé la maladie dans une autre source..... Pour porter son jugement dans cette circonstance, il faut donc examiner non-seulement l'état de l'enfant, mais encore celui de la mère; s'il est prouvé que celle-ci avait, pendant sa grossesse, ou des chancres ou une gonorrhée virulente, ou d'autres symptômes vénériens bien caractérisés, il y a lieu de croire que le mal qui s'est manifesté à la nourrice, depuis qu'elle allaite l'enfant, vient de celui-ci. Mais outre cette circonstance, qui est essentielle, il faut encore connaître les effets et la marche du virus dans une nourrice qui l'a contracté en allaitant. La première partie qui est affectée est le mamelon..... Il survient à cette partie, d'abord une phlogose douloureuse et ensuite des boutons qui se changent en ulcères ou chancres; très-souvent les glandes des aisselles ou celles du col se gonflent en même temps, de même que celles des aines où il survient des bubons lorsque les chancres occupent les parties de la génération. Après ces symptômes primitifs, la nourrice en éprouve d'autres qui caractérisent la vérole confirmée, comme des ulcères à la gorge, des pustules, des ulcères aux parties de la génération, qui peuvent en imposer pour un mal contracté à ces parties, etc. »

A notre avis, il est difficile d'être plus précis et plus exact sur ce sujet difficile, et aujourd'hui, malgré les acquisitions récentes de la science, nous devons souvent encore nous en tenir, à très-peu de chose près, à la saine observation de Fabre.

Hunter, Bell, Swediaur, négligent complétement le point de vue médico-légal dans leurs traités, d'ailleurs si remarquables. Ce point de vue n'a pas davantage fixé l'attention de Ricord, dont les doctrines anticontagionistes touchant la syphilis secondaire et particulièrement la transmission par les nourrissons aux nourrices n'ont cependant pas toujours été goûtées des magistrats. Il est à remarquer en effet que dans maintes circonstances les tribunaux ont prononcé des condamnations en pareille matière, et cela au moment même où les doctrines de l'hôpital du Midi étaient dans tout leur éclat.

Depuis que la transmission des accidents secondaires est un fait avéré, l'étude médico-légale de la syphilis est entrée dans une voie nouvelle, grâce surtout aux importants travaux de l'école de Lyon et à ceux de M. Tardieu. Ce professeur a réuni de nombreux documents sur la question, et en a résumé les principaux points avec une grande netteté dans une œuvre importante, qui sera consultée avec fruit.

M. Tardieu a pris pour base de la division de son mémoire les conditions de la transmission syphilitique. Pour qui n'envisage que le point de vue médico-légal seul, rien de mieux assurément ; mais dans un travail d'ensemble, où les grandes divisions reposent sur l'évolution des accidents, il est bon, ce me semble, pour l'unité du sujet, de tenir compte de cette évolution dans l'exposition de la partie médico-légale. Je vais, pour ce motif, examiner successivement et tout d'abord, les conditions d'expertise médico-légale auxquelles peut donner lieu chacune des phases de la maladie qui m'occupe.

Accident primitif. — Cet accident étant, pour me servir d'une expression déjà employée par Rollet, comme le pivot sur lequel doit rouler toute la médecine légale de la syphilis, il importe au plus haut point, dans l'espèce, d'être fixé sur ses caractères ; rappelons-en donc brièvement les principaux traits.

Le chancre, premier effet de la contagion, apparaît au point contaminé, après une période d'incubation d'une durée qui varie entre dix-huit et trente-cinq jours ou même plus. Ordinairement unique, il ne se montre multiple que par exception. C'est d'abord un petit bouton rougeâtre ou brunâtre, indolore, parfois couvert d'une pellicule épidermique, et qui s'ulcère assez promptement. L'ulcération, néanmoins, peut manquer ; elle n'est donc ni caractéristique ni essentielle. L'ulcère, lorsqu'il existe, est d'ailleurs plutôt sec qu'humide,

ne donnant au début qu'une sorte d'émulsion séro-granuleuse, et ne sécrétant du pus véritable qu'à la période de réparation. Les formes en sont assez variables : c'est une érosion tantôt légère et presque superficielle (érosion chancreuse), tantôt plus étendue et plus profonde, creusée en godet, à surface lisse, aux bords luisants, d'une teinte blanchâtre avec un fond d'une couleur sombre, plus tard grise et lardacée. La base (chose particulière) est manifestement indurée, parfois elliptique, anfractueuse, irrégulière, parfois à contours brusques, nets et réguliers, parfois comme parcheminée. Au chancre s'ajoute presque constamment une autre lésion, celle des ganglions voisins qui se prennent et forment de petites tumeurs ovoïdes, indépendantes, mobiles, réunies en pléiades.

Tels sont les caractères généraux de l'accident primitif : ils peuvent se modifier quelque peu suivant les régions, mais ils conservent toujours une physionomie propre qui les rend partout reconnaissables.

Du fait seul de la présence de cette lésion en un point de l'économie résultent par une conséquence forcée les conclusions suivantes : — Il y a syphilis, — syphilis acquise et non héréditaire, — syphilis communiquée au point même actuellement lésé.

Cette dernière conclusion, d'une importance extrême, nécessite un examen plus détaillé et des développements plus étendus, car, suivant le siége de l'accident primitif, une déduction logique conduira souvent à constater un mode différent de contagion et, dans beaucoup de circonstances, la véritable origine de la maladie. Examinons donc rapidement les divers cas qui peuvent se présenter :

Aux parties génitales, l'accident primitif est l'effet le plus habituel du rapprochement des sexes. Voilà son origine; pour qu'il devienne l'objet d'expertises médico-légales, il faut qu'il y ait, soit attentat à la pudeur, soit viol, soit volonté d'un des époux d'obtenir une séparation de corps fondée sur l'injure grave (infection vénérienne). Code Napoléon, art. 231.

A l'anus, le chancre accuse des rapports contre nature, des actes de pédérastie, ou tolérés ou imposés.

Au pourtour du mamelon, à la surface du sein, il résulte le plus ordinairement de l'allaitement et remonte au nourrisson comme à sa source première. C'est un fait bien établi aujourd'hui, et d'ailleurs trop peu rare, sur lequel le médecin peut arriver assez facilement à

s'éclairer malgré certaines difficultés que nous essayerons de faire connaître plus loin.

A la bouche, le chancre trahit, soit une contagion à l'aide d'objets souillés : tubes de verriers, verres à boire, cuillers, embouchures d'instruments, jouets d'enfants, etc.; soit une infection directe de bouche à bouche, par des baisers ou d'autres contacts plus directs encore; soit une transmission médiate, comme dans le cas d'une nourrice qui communique à son propre enfant la lésion qu'un nourrisson étranger a provoquée sur son sein.

Au nez, au pharynx, l'accident primitif n'a été observé jusqu'ici qu'à la suite de certaines opérations comme le cathétérisme de la trompe d'Eustache.

Au doigt et sur d'autres points de la surface du corps, le chancre révèle assez nettement son mode d'importation : ainsi on l'a vu apparaître sur la main d'un accoucheur, à la suite de manœuvres obstétricales, ou même du simple toucher vaginal; au bras de divers sujets après l'inoculation d'un vaccin douteux ; enfin sur d'autres parties du corps, après des opérations chirurgicales.

Dans toutes ces circonstances et dans beaucoup d'autres qui pourraient se produire, le médecin a toujours au fond le même rôle à remplir : 1° établir la réalité de la maladie ; 2° chercher la relation qui peut unir les accidents qui se montrent de part et d'autre.

Or, nous avons fait connaître les caractères sur lesquels se fonde le diagnostic de l'accident primitif. Il nous reste à indiquer les moyens propres à faire découvrir le lien qui unit cet accident à celui de la personne accusée. Il est bien entendu que cette opération ne peut avoir lieu que par la comparaison des accidents des deux parties ; mais comme, en matière civile, la visite corporelle ne peut être imposée à personne, il en résulte que, dans un certain nombre de cas, l'un des termes de son jugement faisant défaut, le médecin se trouvera tout à fait incompétent. En pareille circonstance, du reste, il est très-rare que la justice ordonne des constatations directes. Quand les constatations sont autorisées, c'est en s'appuyant sur les caractères qui permettent de reconnaître l'âge de l'accident primitif que le médecin légiste pourra arriver à déterminer l'origine du mal et par cela même à s'assurer si une liaison est possible entre les accidents qu'il est appelé à examiner. Il importe alors de savoir que le chancre a, comme la plupart des accidents syphilitiques, une évolution par-

ticulière et qu'il se trouve soumis à des phases successives. Sous ce rapport, on peut lui reconnaître trois périodes : une première de courte durée, période de papulation; une deuxième d'ulcération ou de destruction, et une troisième de réparation ou de cicatrisation. Dans chacune de ces phases, la manifestation primitive présente un aspect différent. Sans parler de la période de papulation, qui est encore contestée par quelques auteurs et qui peut bien n'être pas constante, rappelons que la physionomie du chancre ulcéré, avec son fond grisâtre, inégal, grenu, est bien différente de la physionomie du chancre qui se répare et dont la surface se trouve couverte de bourgeons charnus avec exsudation purulente, et à plus forte raison de celle du chancre cicatrisé.

Évidemment, le chancre le plus ancien doit être le chancre originel; mais cependant il faut se garder d'être trop affirmatif sur ce point, surtout quand les accidents qui sont l'objet de la comparaison se trouvent à des périodes rapprochées l'une de l'autre. Le chancre syphilitique a, en effet, une marche plus ou moins rapide selon les âges et aussi selon les individus; mais, son incubation étant variable, il faut, pour établir une relation entre deux accidents de cette nature, qu'il y ait entre eux une certaine différence d'âge. On conçoit facilement d'ailleurs que les conditions dans lesquelles est placé le médecin ne lui permettent pas à cet égard autre chose que des probabilités, car il ne doit jamais se rendre responsable des coïncidences. Mais si on ne peut poser en principe que le premier infecté a sûrement contaminé l'autre, au moins peut-on affirmer très-positivement que le dernier malade n'a pu transmettre la maladie au précédent. Lorsque des accidents secondaires se rencontrent d'un côté, la tâche du médecin légiste est rendue plus facile. Effectivement, il est clair que le porteur de l'accident primitif n'a pas infecté l'autre, et une relation est certainement possible entre les accidents des deux parties. C'est ainsi qu'une nourrice atteinte d'ulcère primitif au sein ne peut être inculpée d'avoir transmis la syphilis à un enfant qui aura des plaques muqueuses à la bouche, et réciproquement. Des plaques muqueuses au mamelon de la nourrice ne peuvent être attribuées à un chancre de la bouche de l'enfant. Les propositions inverses sont du domaine du possible, disons même qu'elles sont souvent l'expression de la vérité.

Accidents secondaires. — Ces accidents, à moins qu'ils ne soient

l'effet d'une syphilis héréditaire, sont précédés de l'accident primitif et n'apparaissent, en général, que six semaines ou deux mois après le début du chancre. Ils occupent la peau et les muqueuses, et consistent en des éruptions généralement étendues ou disséminées, mais superficielles et disposées en plaques ou par petits points. Il est inutile de rappeler ici les divers caractères des syphilides et des plaques muqueuses, dont il a été parlé plus haut. Observons cependant que ces manifestations sont fréquemment accompagnées d'adénopathies ganglionnaires dont les siéges multiples sont les aines, la région postérieure du cou, immédiatement au-dessous de la racine des cheveux, et quelquefois les ganglions des bras ou de la partie inférieure du cou.

De même que l'accident primitif, les manifestations secondaires témoignent de la réalité de la syphilis; mais, pour en connaître le point de départ, il faut chercher la lésion initiale, et celle-ci, nous le savons, persiste sous forme de cicatrice quelquefois pendant fort longtemps. Toutefois, si l'examen le plus minutieux ne fait rien découvrir, comme cette lésion a dû nécessairement exister dans le cas de syphilis acquise, il faut exiger, de la part des individus, des renseignements sur l'époque de son apparition, ses caractères, sa durée, son siége, de façon à pouvoir rétablir de part et d'autre la filiation des accidents morbides et montrer la relation qui peut les unir. Si enfin il n'y avait plus aucune trace de lésion primitive, il y aurait à se rappeler que les poussées syphilitiques secondaires offrent habituellement une certaine régularité dans leur évolution. La roséole et les plaques muqueuses sont des plus hâtives; mais cependant rien d'absolu ne peut résulter de ces données. Le médecin renseigné sur ce point se gardera d'être affirmatif où règne le doute: ce qu'on lui demande, à mon sens, ce sont les éclaircissements que comporte l'état actuel de la science, et non autre chose.

Dans le cas où des accidents secondaires s'observent d'un côté, tandis qu'il existe des accidents tertiaires de l'autre côté, il est bien évident que c'est l'individu dont les accidents sont le moins avancés qui a chance d'avoir été infecté par l'autre.

Accidents tertiaires. — Ces accidents, que caractérisent des dépôts gommeux particuliers et des ulcères profonds, ne surviennent ordinairement pas avant un an à partir du début de la syphilis, et, en général, ils sont beaucoup trop éloignés du moment de la contagion

pour qu'il soit possible d'en rétablir la filiation et de se prononcer sur la source d'où ils émanent. Par conséquent, si les individus malades sont arrivés l'un et l'autre à la période tertiaire, le médecin doit se contenter de signaler la réalité de la syphilis. Il n'en serait plus ainsi si des accidents tertiaires se rencontraient chez l'une des deux parties en même temps que des manifestations primitives ou secondaires chez l'autre ; alors, évidemment, celui-ci ne pourrait être accusé de la transmission de la maladie.

Telles sont les données que peut tirer un médecin légiste de la connaissance des accidents syphilitiques et de leur marche. Maintenant, envisageons à un autre point de vue l'étude médico-légale de la syphilis, examinons cette maladie dans ses modes et conditions de transmission. Si la syphilis a été communiquée par rapports sexuels, la question pour le médecin, lorsqu'il s'agit d'une action judiciaire en séparation de corps, consiste à reconnaître l'existence d'accidents syphilitiques chez les époux, à en déterminer l'origine et à les rattacher les uns aux autres par le lien de la contagion, car, dit le professeur Tardieu, s'il nous arrive trop souvent dans la pratique de notre art de surprendre de pareils exemples, qui ne peuvent malheureusement nous laisser aucun doute, combien plus difficilement et plus rarement nous pouvons appliquer à ces faits toute la rigueur d'une démonstration médico-légale. Aussi, ajoute ce même auteur, je ne crains pas de formuler en thèse générale le précepte de l'abstention, sous réserve, bien entendu, de ces exceptions que saura toujours démêler la conscience de chacun.

Dans la transmission de la syphilis par allaitement, dont on trouvera de nombreux exemples dans le remarquable mémoire cité plus haut, il est à noter que les faits produits devant la justice l'ont été le plus souvent sur la plainte de la nourrice, beaucoup plus rarement sur la plainte des parents. Dans le premier cas, fait remarquer M. Tardieu, la plainte est ordinairement tardive, d'où naissent dans la pratique des difficultés particulières notamment l'impossibilité de rapprocher, dans une commune observation, la nourrice et le nourrisson, qui parfois aura succombé. Dans le second cas, les parents n'intentent qu'une action défensive ou, comme on dit, reconventionnelle, afin de repousser la responsabilité qui leur est imputée. Alors le rôle du médecin consiste à établir la réalité de la maladie et la transmission successive d'après la date, le siége et la forme des lésions

spécifiques : 1° par l'examen de l'enfant et l'appréciation des faits qui le concernent; 2° par l'examen de la nourrice, soit directement, soit indirectement. C'est dans ces renseignements indirects, souvent fort utiles, qu'il faut ranger ce qui a trait aux propres enfants et au mari de la nourrice suspectée, ainsi qu'aux autres nourrices qui auraient participé à l'allaitement du nourrisson malade.

Relativement à l'examen de l'enfant, on se rappelle ce qui a été établi plus haut, à savoir : que c'est entre le premier et le second mois que se montrent, le plus habituellement, les premiers signes de la syphilis congénitale; que l'élément éminemment contagieux et caractéristique par excellence est la plaque muqueuse, qui a pour siége le plus ordinaire l'ouverture de la bouche, les orifices des narines, le pourtour de l'anus et des organes sexuels; puis, qu'il survient des éruptions de forme vésiculeuse, pustuleuse ou bulleuse, des lésions des ongles, des ulcérations interdigitales, un coryza persistant et rebelle. A ces divers accidents succède en général, comme nous le savons, un état de cachexie et de sénilité plus ou moins prononcé.

Pour ce qui est de la nourrice, il convient de rechercher, autant que possible, quel pouvait être l'état de sa santé avant qu'elle eût commencé à allaiter le nourrisson suspect; mais ce qu'il importe d'établir, c'est que l'apparition des accidents qu'elle présente est postérieure à celle de la maladie de l'enfant. Nous avons déjà dit sur quelles données le médecin doit en pareil cas baser son jugement : rappelons que le premier symptôme qui apparaisse chez la nourrice, dans le cas assez commun de transmission par un nourrisson atteint de syphilis héréditaire, consiste en un bouton induré à l'extrémité ou à la base du mamelon. Ce bouton s'ulcère, s'agrandit et se trouve bientôt accompagné d'adénopathies axillaires (1); plus tard surviennent les syphilides, l'alopécie, les adénopathies des ganglions cervicaux. Aucune lésion n'existe tout d'abord aux parties génitales, mais seulement plus tard dans le cours des éruptions de la période secondaire. « Les enfants de la nourrice, dit avec raison le professeur Tardieu, sont alors comme une pierre de touche, très-délicate et très-sûre, que l'expert doit interroger avec soin. Plusieurs éventualités peuvent

(1) Voyez l'excellente thèse inaugurale du docteur Viennois, *Recherches sur le chancre primitif et les accidents consécutifs produits par la contagion de la syphilis secondaire*, Paris, 1860, où se trouve une description très-minutieuse du chancre du sein.

se produire. Les enfants que la nourrice a eus avant de se charger du nourrisson infecté sont et demeurent sains à toutes les périodes de la maladie de leur mère. Bien portants d'abord, ils peuvent devenir malades à leur tour, non par l'allaitement, mais par suite du contact répété et des mille voies offertes à la contagion. Si le dernier venu, comme cela arrive fréquemment, partage le sein avec le nourrisson étranger, il court toutes les chances de puiser le mal à sa source. Il est une particularité d'une très-haute importance qui, si elle se présente, est vraiment significative. Cette femme a eu, avant d'avoir nourri le petit malade, plusieurs enfants et n'en a perdu aucun ; depuis cette époque elle fait des fausses couches ou ses enfants succombent en bas âge. » Quant au mari, il y a lieu de rechercher quel est son état et de le soumettre à une visite corporelle; mais il faut se garder contre le fait d'une coïncidence possible.

Une autre circonstance dont la constatation peut jeter la plus vive lumière sur l'enquête et éclaircir les doutes de l'expert est le cas où plusieurs personnes, ayant eu des rapports avec un enfant suspect, auraient présenté les symptômes d'une infection syphilitique. Ainsi un nourrisson aura pu infecter plusieurs nourrices qu'on lui aura données successivement, des membres de la famille qui se seront servis d'objets à son usage, même des personnes étrangères qui l'auraient approché, touché, embrassé.

Des exemples de ce genre ont été cités par Stark, Bardinet, Diday et d'autres auteurs. On conçoit donc combien il est important d'examiner, autant que possible, en pareil cas, les nourrices et tous ceux qui auront eu des rapports plus ou moins directs avec l'enfant.

Les objections, après cet examen, seront peu sérieuses. Pour établir la liaison, on s'appuiera sur ce fait que chez la nourrice la syphilis a débuté par le sein à un moment où les parties génitales étaient intactes. Ce qui importe, suivant le professeur Tardieu, c'est de bien fixer à la fois l'état du sein et l'état des organes génitaux. Effectivement, quand même l'examen de ces organes serait tardif, il peut encore éclairer l'expert en lui faisant connaître le point où a débuté la maladie et la marche qu'elle a suivie.

L'évolution différente de la syphilis, suivant qu'elle est acquise ou héréditaire, est un autre point qui ne manque pas d'importance et sur lequel Rollet a insisté avec beaucoup de sens. C'est qu'en effet, si la nourrice contracte la syphilis autrement que par son nourris-

son, la contagion produite chez celui-ci se manifestera par l'accident primitif, et non par des plaques muqueuses, ainsi qu'il arrive ordinairement dans la syphilis congénitale, où l'accident primitif fait toujours défaut.

Comme il a été question ailleurs (Étiologie) des différents contacts susceptibles de transmettre la syphilis, je rappellerai seulement ici les faits, toujours très-complexes, résultant soit du contact d'une partie ou d'un objet contaminé, soit d'inoculations accidentellement produites par la circoncision, par le tatouage, par la vaccination, par l'incurie de certains opérateurs à l'aide d'instruments contaminés, ou même volontairement pratiquées dans un but expérimental ou thérapeutique. Dans tous ces cas, dont on trouvera une étude consciencieuse dans l'excellent mémoire du professeur Tardieu, le rôle de l'expert est toujours le même : il consiste à établir la réalité de la syphilis et à déterminer la possibilité d'une relation entre les accidents que présentent les deux parties. Là s'arrête la tâche du médecin, au magistrat celle de fixer les droits de chacun.

APPENDICE

DES AFFECTIONS SUPPOSÉES SYPHILITIQUES CHEZ LES ANIMAUX.

Boerhaave, Traité de la malad. vénér., trad. fr., Paris, 1753, p. 16. — Hunter, Œuvres complètes, Paris, 1839. — Swediaur, Traité des maladies vénériennes, t. I, p. 7, Paris, 1801. — Auzias-Turenne. Transmission de la syphilis aux animaux. Gaz. médic. de Paris, 1844, p. 709, 726. — Helot, de Castelnau, Jules Davasse, Nouvelles expériences sur l'inoculation de la syphilis aux animaux. Gazette des hôpitaux, nº 27, 1845. — Cullerier, Archives générales de médecine, 4ᵉ série, t. VIII, p. 50, 1854. — Robert de Weltz, Deux réponses à deux lettres de M. le docteur Ricord sur l'inoculation de la syphilis aux animaux. Wurzburg et Paris, 1850. — Diday, Transmission de la syphilis de l'homme aux animaux. Gaz. médic. de Paris, 1851. — Sperino, Traité de la syphilisation. — Maunoury (de Chartres), dans Gazette hebdomadaire de méd. et de chir., 1855. — Follin, Maladie du coït chez les chevaux et syphilis, dans Archives génér. de médecine, 1859, t. I, p. 332, Revue critique. — Lafosse, Maladie vénérienne des solipèdes. Journal des vétérinaires du Midi, nov. et décemb. 1860. Analyse dans Gaz. hebd., p. 108, 1861.

Savoir si la syphilis est une maladie exclusive à l'espèce humaine est une question qui depuis longtemps fixe l'attention des observateurs, et qui, à mon sens, a sa place marquée dans cet ouvrage. Cette question a un double point de vue : d'abord, existe-t-il dans certaines espèces animales (1) une maladie comparable ou identique à la syphilis de l'homme ; la syphilis, enfin, est-elle transmissible aux animaux ?

L'observation nous apprend qu'il y a chez le cheval des affections

(1) Bien que ce soit un hors-d'œuvre, je rappellerai ici, uniquement pour la curiosité du fait, que l'un des plus anciens syphilographes, Ruiz Diaz de Isla, fait mention de la syphilis des choux. « A Baïza, mon pays, dit-il, j'ai observé des choux atteints de syphilis. Cette maladie leur est communiquée par les eaux stagnantes, dans lesquelles a été lavé le linge des vénériens, et dont on s'est ensuite servi pour les arroser. Les excroissances de ces plantes ressemblent à tel point aux pustules du *mal français*, que les enfants les coupent avec des ciseaux et les collent sur leur visage pour simuler la maladie. Du reste, les autres plantes potagères souffrent aussi de la maladie, non moins qu'un grand nombre d'animaux. »

des organes génitaux transmissibles, comme chez l'homme, par l'acte génital ; et, chose curieuse, à côté de certaines formes qui infectent l'économie et dans lesquelles la maladie se généralise à la façon de la syphilis, il en est d'autres qui n'apportent jamais chez l'individu qu'un simple trouble local (1). Ici reparaît par conséquent la doctrine dualiste. En Allemagne, Rodloff admet, à cet égard, deux maladies distinctes : l'une qui n'est qu'un exanthème sans gravité, ne s'étend pas ordinairement au delà des organes externes de la génération ; l'autre qui représente une affection maligne et qui mérite seule le titre de *maladie du coït*.

Toutefois, de même que les médecins, les vétérinaires ne sont pas d'accord sur la nature de ces maladies. Contrairement à Rodloff, Hertwig (2) est d'avis qu'il n'y a qu'une seule maladie du coït, et qu'elle présente deux formes, l'une bénigne et l'autre maligne. Caractérisée à son début par l'apparition, sur les parties génitales externes, d'ampoules, d'ulcérations, de taches, etc., cette maladie peut ou s'arrêter d'elle-même ou se compliquer de troubles généraux et de phénomènes nerveux et être transmise sous l'une ou l'autre de ces deux formes.

La maladie du coït règne en Russie et en Prusse depuis la fin du siècle dernier. Observée en 1796 et 1799 dans le district de Trackhène, elle y persista jusqu'en 1801. En 1815, on la vit apparaître à Withowo, près Bamberg; elle se montra de 1816 à 1820 dans le Hanovre ; en 1817 et 1818 en Lithuanie.

On la trouvait en 1821 dans diverses parties de l'Allemagne du nord, en 1826 en Silésie, de 1827 à 1830 en Bohême et dans le canton de Berne. Elle fut observée pour la première fois en France, dans le cours de l'année 1830, par Lautour (3), qui la décrivit sous le nom de *maladie contagieuse des organes génitaux de l'étalon et de la jument*. En 1840, elle fit invasion dans la Poméranie, et c'est alors qu'elle fut

(1) Ces mêmes affections paraîtraient se rencontrer aussi dans l'espèce bovine. Toutes les vaches que couvrit un taureau sur le pénis duquel était un condylome de la grosseur d'une noisette furent prises d'un écoulement muqueux qui dura plusieurs semaines et exigea quelquefois l'emploi d'injections astringentes (*Archiv. de méd.*, 1840, p. 358).

(2) Voyez *Maladie de l'étalon*, dans *Magasin de médecine vétérinaire*, 1842, traduit par Baldenweck. Analysé par Delafond, *Recueil de méd. vétér.*, 1852, p. 897.

(3) Voyez *Recueil de méd. vétérinaire*, 1831, p. 118 ; *Journal théorique et pratique*, 1832, p. 258.

observée par Rodloff, inspecteur des haras de Posen (1). Vers la même époque, elle régnait en France, où elle était décrite par Dayot sous le nom d'eczéma contagieux (2). Balardini l'a observée dans le royaume Lombard-Vénitien (3). Tandis que l'Angleterre a été jusqu'ici préservée de cette maladie, le nord de l'Afrique en a depuis longtemps subi les atteintes. La maladie du coït a été observée par Signol (4) dans la province de Constantine, et le général Daumas l'a vue sévir sur les chevaux arabes dans cette même province, où les indigènes la désignent sous le nom d'el dourine (5). Fixée depuis l'année 1851 dans le département des Hautes-Pyrénées, cette maladie a été l'objet de recherches et d'expériences intéressantes de la part des vétérinaires de l'école de Toulouse. Prince et Lafosse (6) en ont fait une étude approfondie, du moins en ce qui concerne la contagion. Nous allons parler successivement de ses deux formes, l'exanthème coïtal et la maladie du coït proprement dite.

A son début l'exanthème coïtal se montre chez l'étalon sous forme d'un œdème plus ou moins prononcé, affectant le pénis et le fourreau de la verge de façon à déterminer parfois un paraphimosis. Au bout de quelques jours, l'œdème diminue, et vers la fin du premier septénaire apparaissent des phlyctènes sur les faces latérales et inférieure de la verge ou sur le gland. Au troisième jour, en général, ces phlyctènes se dessèchent; mais parfois elles laissent à leur suite des ulcérations entourées d'une auréole rouge, et dont les bords sont tantôt lisses et unis, tantôt déchiquetés et rugueux, le fond blanchâtre ou lardacé. Ces ulcérations, qui n'intéressent jamais qu'une partie de la peau, se ferment au bout de six à huit jours, laissant à leur suite une cicatrice blanche et lisse. Les symptômes généraux, tels que fièvre, perte d'appétit, etc., sont à peine sensibles; l'érection et le coït sont douloureux. Un ou deux jours après l'accouplement, on remarque chez la jument de l'inquiétude et un certain degré d'agitation. La

(1) Voyez *Recueil de méd. vétérinaire*, 1855, p. 241.

(2) *Mém. de la Société imp. et centr. d'agriculture*, 1847-1848. — *Recueil de méd. vétér.*, 1850, p. 92.

(3) *Obs. de syphilis chez les chevaux. Gazetta medica Lombarda*, 1849.

(4) Voyez *Comptes rendus de la Société imp. et centr. de méd. vétér.*, 1853, et *Recueil de méd. vétér.*, 1854, p. 127.

(5) Voyez *Recueil de méd. vétér.*, 1855, p. 476, et *Comptes rendus de la Société imp. et centr. de méd. vétérinaire*.

(6) Voyez *Journal des vétérinaires du Midi*, 1853, p. 145; 1855, p. 1; 1860, novembre et décembre.

vulve se tuméfie en totalité ou en partie; du vagin et de la face externe des grandes lèvres s'écoule un liquide visqueux et blanchâtre, puis survient un gonflement œdémateux qui occupe le périnée et descend jusqu'aux mamelles. Vers le troisième ou le quatrième jour apparaissent sur les parties sexuelles des saillies jaunâtres ou des ampoules contenant une sérosité âcre, lésions qui se terminent enfin par des cicatrices blanches. Quelques soins de propreté suffisent, en général, pour amener la guérison de cette affection tout à fait distincte de la maladie du coït, mais qu'il est jusqu'à un certain point possible de comparer aux lésions locales des parties génitales de l'homme.

La maladie du coït procède, comme l'exanthème coïtal, par des déterminations locales qu'il est possible de rapprocher des indurations spécifiques de la syphilis. Le fourreau du cheval et quelquefois le scrotum sont tuméfiés, chauds et douloureux. La muqueuse urétrale gonflée met obstacle à la miction, et l'urine est retenue dans la vessie. On observe enfin les vésicules de l'exanthème coïtal ou de légères érosions. Chez la jument, l'œdème qui se montre au périnée et à l'abdomen se transforme en une induration lardacée qui disparaît bientôt. Un liquide jaune et blanchâtre s'écoule de la vulve; plus tard, la muqueuse se tuméfie et prend une teinte grise ou marbrée; le clitoris se boursoufle et la matière sécrétée se colore en jaune verdâtre. De petites vésicules apparaissent enfin sur les muqueuses, et Hertwig dit avoir observé deux fois des ulcères arrondis intéressant toute l'épaisseur de la muqueuse vaginale.

A ces accidents purement locaux et comparables à l'accident primitif de la syphilis succèdent des symptômes d'un autre ordre, symptômes secondaires qui marquent l'infection générale de l'organisme. C'est quatre ou six semaines environ à partir du début de la maladie que surviennent ces nouveaux accidents. Le poil se hérisse, la peau exhale une mauvaise odeur et le regard perd son éclat; puis des tumeurs cutanées, ayant leur siége dans l'épaisseur du derme, se montrent d'abord sur la croupe et s'étendent aux régions costales, à l'encolure et aux cuisses; elles sont semblables aux bosselures produites par les piqûres d'insectes, affectent une forme circulaire circonscrite par un rebord bien dessiné, et ont un diamètre qui varie de 1 à 3 centimètres. Contrairement aux autres observateurs, Hertwig prétend qu'il s'échappe parfois du centre de ces plaques une sérosité jaunâtre,

agglutinant les poils (Voy. *Arch. méd.*, loc. cit.). Il est à remarquer qu'il s'agit ici de plaques cutanées, et non de tumeurs sous-dermiques ainsi que cela s'observe dans les affections farcino-morveuses; du reste, absence de cordons lymphatiques et des abcès multiples propres au farcin.

Les muqueuses peuvent prendre part à l'affection; celles du nez, des bronches ou même des yeux, peuvent être injectées dès le début du mal; les ganglions inguinaux et sous-glossiens sont parfois tuméfiés et indurés. Plus tard apparaissent des manifestations nouvelles, arthrites, paralysies du mouvement, atrophies partielles ou générales, éruptions de boutons érythémateux ou pseudo-farcineux; et enfin, comme phénomènes exceptionnels, on peut constater encore la luxation coxo-fémorale et des fractures spontanées (Lafosse). Le train postérieur est le siége assez habituel de paralysies, lesquelles se lient en général à une affection médullaire jusqu'ici mal déterminée. Cette maladie a une durée qui varie entre deux mois et trois ans, sa guérison est rare, et les animaux succombent pour la plupart à un marasme hideux. Elle sévit deux ou trois années de suite dans une localité, et la quitte d'ordinaire après ce terme pour reparaître dans des lieux plus ou moins distants.

La maladie du coït est contagieuse; c'est un fait sur lequel s'accordent presque tous les vétérinaires, et qui est aujourd'hui hors de doute depuis les expériences démonstratives pratiquées à Toulouse. Cette contagion toutefois n'est pas absolue. Quinze juments parfaitement saines furent livrées à des étalons atteints de la maladie du coït et provenant du dépôt de Tarbes. Sur ce nombre, cinq ont offert à un faible degré les symptômes de la maladie et en ont guéri spontanément; cinq ont été gravement affectées, une seule a guéri, les quatre autres ont succombé. Des deux étalons ayant sailli les juments malades, l'un est mort de la maladie du coït, l'autre n'a présenté que des symptômes peu sérieux. Ces faits peuvent évidemment se passer de commentaires. Cependant il paraît que la contagion par inoculation se fait difficilement; beaucoup d'expérimentateurs, et Lafosse est du nombre, n'ont point réussi à inoculer la maladie par piqûre, ni même par frictions sur les parties génitales. Hertwig avance pourtant qu'il est quelquefois parvenu à transmettre le mal au moyen de la friction faite dans le vagin avec la matière virulente.

Telle est, dans l'espèce animale, cette maladie qui présente avec

la syphilis une analogie assez grande pour que certains observateurs aient pensé qu'elle pouvait en dériver. L'opinion qui consiste à reconnaître une liaison causale entre les deux maladies n'est pas, il faut le dire, généralement acceptée. La plupart des vétérinaires regardent la maladie du coït comme entièrement distincte de la syphilis. Lafosse, qui partage cet avis, base son opinion sur ce que personne n'a encore signalé dans la maladie du coït les ulcères rongeants, les chancres indurés des parties sexuelles, les bubons cervicaux et axillaires, les pustules humides de la marge de l'anus, les périostoses, les exostoses, etc. Ces considérations ne sont pas sans valeur, et je pense, avec le professeur de Toulouse, qu'il est seulement possible d'établir un rapprochement entre les maladies en question. Cependant, un fait raconté dernièrement par le professeur H. Bouley (1), tendrait à faire supposer que le doury (maladie du coït) pourrait, peut-être bien quelquefois, provenir de la syphilis humaine. Un individu, cédant à une opinion vulgaire et désireux de se guérir d'une affection syphilitique de la verge, introduisit cet organe dans le vagin d'une ânesse qui, plus tard, communiqua la maladie du coït à un baudet, lequel la donna, à son tour, à d'autres femelles. Disons pourtant que, malgré ce fait, M. Bouley ne croit pas à l'identité de la maladie du coït avec la syphilis.

Au résumé, il existe chez les animaux, et particulièrement dans les espèces chevaline et asine (2), une maladie transmissible par l'acte sexuel ; mais, malgré de nombreux points de contact, cette maladie diffère de la syphilis de l'homme. Il n'est pas prouvé, d'ailleurs, que la syphilis puisse se transmettre de l'espèce humaine aux espèces animales.

Contrairement à Van Helmont, dont nous avons déjà fait connaître les opinions sur l'origine première de la syphilis, Hunter (3) soutenait

(1) *Bullet. de l'Académie de médecine*, n° du 20 septembre (1864).

(2) Voyez : Vital, *Gaz. méd. de l'Algérie*, 1863. — P. Garnier, *Union médicale* même année.

(3) Hunter, *Traité de la maladie vénérienne*, traduit par G. Richelot, Paris, 1859. Boerhaave (*Traité de la maladie vénér.*, trad. fr., Paris, 1753) raconte, d'après les *Éphémérides des curieux de la nature*, qu'un chien périt sur-le-champ pour avoir avalé la salive d'une personne traitée de la syphilis. — Swediaur (*Traité des malad. syphil.*, Paris, 1801, p. 7) dit avoir vu des chiens affectés de gonorrhée et d'ulcères à la verge, comme aussi des étalons ; mais rien ne prouvait qu'il s'agissait bien d'accidents syphilitiques. — D'après des expériences qu'il a faites, Turnbull dit

que le virus syphilitique avait pris naissance dans l'espèce humaine, et qu'on ne connaissait aucun autre animal que l'homme qui pût en être infecté. Turnbull, Babington, Ricord, de Castelnau (1) et d'autres observateurs ont en vain cherché à inoculer la syphilis aux animaux. La question semblait définitivement jugée, lorsque, en 1844, Auzias-Turenne parvint à transmettre à un jeune singe jusqu'à dix ou douze chancres parfaitement caractérisés (2).

Notons ce fait et remarquons que le nombre de chancres inoculés n'indique en aucune façon qu'il y ait eu, dans ce fait, transmission de la syphilis constitutionnelle. Des expériences tentées en 1845 par Cullerier (3) l'ont conduit à reconnaître que la syphilis ne pouvait être communiquée aux animaux. Auzias-Turenne toutefois ne se tint pas pour battu. Il fallait chercher si les prétendus accidents transmis de l'homme au singe étaient susceptibles de se greffer de nouveau sur l'homme. Or, en 1850, Robert de Weltz (4) tenta l'expérience sur lui-même avec le pus provenant d'un accident développé sur un singe et sur un chat à la suite de l'inoculation d'un chancre humain. Il se fit quatre inoculations sur les bras, et il obtint des chancres qui se développèrent pendant quelques jours et furent ensuite cautérisés. L'année suivante, Diday (5) inocula également avec succès, sur l'homme, le pus provenant d'un chancre existant sur un chat; les résultats de ces inoculations furent des chancres mous. Depuis lors, plusieurs expérimentateurs ont en vain essayé l'inoculation de la syphilis aux animaux, ils ne sont parvenus à déterminer chez eux que des accidents locaux. Melchior Robert, ayant entrepris des expériences à ce sujet, n'a jamais obtenu de manifestations constitutionnelles. Maunoury (6), en intro-

que ni les chiens ni les lapins ne sont susceptibles d'être affectés du virus syphilitique par inoculation.

(1) De Castelnau, *Recherches sur l'inoculation*, Paris, 1841, p. 479.

(2) Communications à l'Académie des sciences et à l'Académie de médecine, voy. *Bulletin de l'Académie de médecine*, Paris, 1844, t. X, p. 212.

(3) *Archives générales de méd.*, 4e série, t. VIII, p. 54, 1845. — Jules Davasse, *Nouvelles expériences sur l'inoculation de la syphilis aux animaux* (*Gaz. des hôpitaux*, 6 mars 1845).

(4) Ricord, Lettres XV et XVI, dans : *Lettres sur la syphilis*, et *Union méd.* 1850. — Robert de Weltz, *Deux réponses à deux lettres de M. Ricord*, etc. Paris, 1850. — Voyez en outre : *Gaz. méd.*, 1850, p. 544. — Auzias-Turenne, *ibid.*, p. 841.

(5) *Gaz. méd. de Paris*, 1851, p. 809.

(6) *Gaz. hebd.*, 1855, p. 548.

duisant dans le tissu cellulaire des lapins des fragments de chancres indurés enlevés à des malades, n'a réussi, comme d'ailleurs Sigmund de Vienne, qu'à produire des lésions locales. Basset, dans des expériences plus récentes, est arrivé aux mêmes résultats (1).

Ces faits sont-ils suffisants pour juger la question? Il est permis de le penser. Puisque dans aucun des cas cités, il n'a été possible de constater chez les animaux l'existence de manifestations syphilitiques, il y a naturellement lieu de croire que la syphilis constitutionnelle ne leur est pas transmissible. Cependant de nouvelles recherches semblent nécessaires. Quoique mieux démontrée, la communication du chancre mou à l'espèce animale, n'est pas non plus suffisamment étudiée. Effectivement, on est arrivé, dans quelques cas, à inoculer un pus non spécifique, et à produire des lésions analogues à celles que détermine chez les animaux l'inoculation chancreuse. Lichtenstein (2) affirme que la lymphe prise dans les pustules produites par les frictions avec le tartre stibié est inoculable, et le docteur A. Renzi prétend être parvenu à inoculer l'ecthyma simple et le pus provenant de piqûres de sangsues. Or, après ces expériences, on se demande si un pus quelconque ne pourrait produire les mêmes effets, et il est permis de conserver quelques doutes sur la réalité de la transmission du chancre mou de l'homme aux animaux.

Dans une discussion récente qui a eu lieu devant l'Académie de médecine, la question de la syphilis animale se trouva agitée. Le docteur Vernois (3) cita un fait tendant à établir la transmission de la syphilis humaine aux animaux. Un chat qui avait l'habitude de manger de la charpie imprégnée des matières sanieuses et purulentes des chancres, des plaques muqueuses et des ulcères vénériens provenant des malades de l'hôpital du Midi, succomba à une cachexie syphilitique, après avoir longtemps présenté sur les lèvres et dans la gueule des ulcérations caractéristiques. On découvrit à l'autopsie plusieurs os atteints de périostoses, d'exostoses et de caries. Mais, non-seulement ce fait est unique, il n'est pas entièrement irréprochable, ce que n'ont pas manqué de faire ressortir MM. Ricord et Velpeau (4).

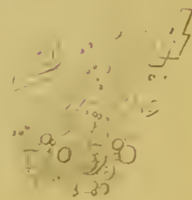
(1) Voy. Rollet, *Recherches sur la syphilis*, p. 11, 1861.
(2) *Journal de Hufeland.*
(3) Voy. *Bullet. de l'Acad. de méd.*, 13 septembre 1864.
(4) *Transmission de la syphilis de l'homme aux animaux. Bullet. de l'Acad. de méd.*, séance du 20 septembre 1864.

A ce propos, du reste, l'éminent chirurgien de l'hôpital de la Charité rappela qu'il avait en vain essayé avec Bretonneau, en 1817 et 1818, d'inoculer toutes les matières purulentes produites par les accidents syphilitiques à des chiens, à des moutons et à des lapins. M. Leblanc, de son côté, fit observer qu'il avait suivi pendant des années entières des animaux auxquels il avait inoculé la syphilis sans qu'il se fût manifesté le moindre vestige d'accident. M. Depaul, pourtant, annonça qu'il avait vu des cas de transmission syphilitique de l'homme au singe, et même à d'autres espèces animales. Le procès n'est pas jugé; mais on ne peut contester que l'animal ne soit un terrain fort peu approprié au développement de la syphilis; et si tant est que cette maladie puisse germer dans son organisme, elle ne tarde pas à s'éteindre sur place. La vraie syphilis, celle dont nous venons de parcourir toutes les phases, est donc, en résumé, le triste apanage de l'humanité.

FIN



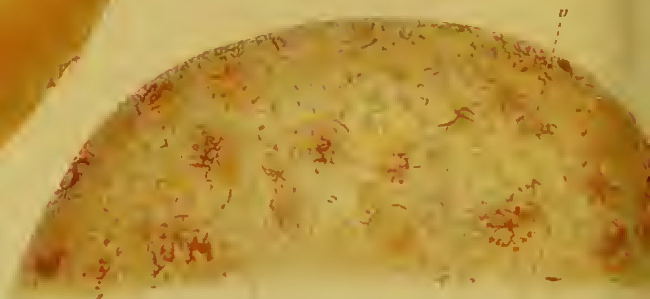












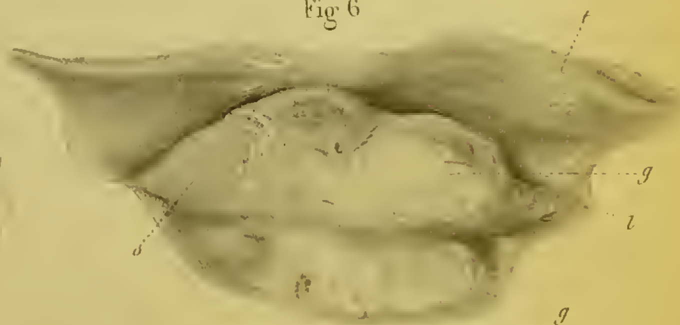
P. Lackerbauer ad nat pinx.

Imp. ...

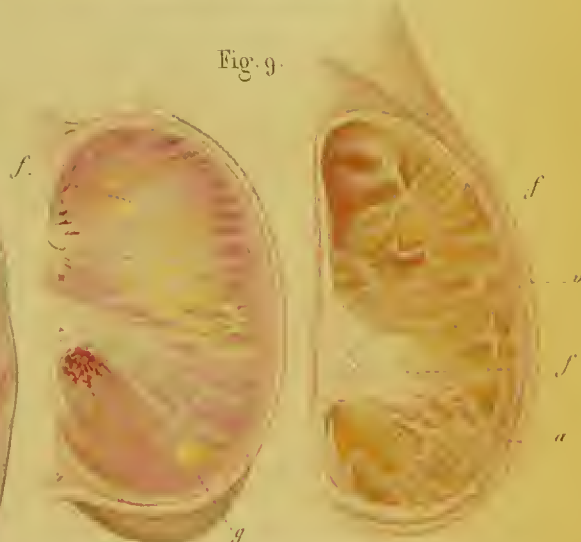
" Lesions du Foie, des Te...











...rque, 33 Paris

Annedouche sc.

...s, de l'Ovaire et du Rein.

...llière et Fils

EXPLICATION DES PLANCHES

Planche I.

Fig. 1. — Hépatite syphilitique diffuse (cirrhose syphilitique), un tiers de la grandeur naturelle. Le foie, vu par sa face concave, est considérablement déformé. — *d* bord droit, *v b* vésicule biliaire, *l* ligament suspenseur, *v* veine porte, *c* dépression cicatricielle. Ces dépressions, très-marquées à la surface convexe, sont le siége de lames membraneuses qui font adhérer le foie avec le diaphragme. (Obs. XXIX, p. 330.)

Fig. 1'. — Section du même organe. *f f* cloisons fibreuses épaissies, principal siége de l'altération ; *v* vaisseaux.

Fig. 2. — Hépatite alcoolique diffuse (cirrhose alcoolique). *f* surface convexe, *c* surface de section. Tout ce qui est lisse et grisâtre représente le tissu fibreux épaissi ; les grains jaunâtres sont les acini altérés rendus saillants par suite de la rétraction du tissu connectif de nouvelle formation. (Voir l'observation dans *Gaz. hebd.*, 1864, n° 33, p. 548.)

Fig. 3. — Tumeurs gommeuses et cicatrices syphilitiques du foie (hépatite gommeuse). *v* veine cave, *v b* vésicule biliaire, *l* ligament suspenseur, *c* cicatrice étoilée, *d* cicatrice allongée, *a* coupe destinée à montrer en *g* trois tumeurs gommeuses de consistance caséeuse, *v'* vaisseau. Moitié de la grandeur naturelle. (Obs. XXX, p. 341.)

Fig. 4. — Portion de foie envahie par des dépôts gommeux multiples. *v* vaisseau, *s* surface convexe, *c* parenchyme hépatique, *g g* dépôts gommeux, *g'* dépression, sorte de petite excavation dans l'épaisseur de ces dépôts ; *f* tissu fibreux circonscrivant ces dépôts et leur formant une sorte de zone qui persiste après la résorption et plus tard constitue la cicatrice. (Obs. XXXI, p. 346.)

Fig. 5. — Petit fragment d'un foie très-volumineux par suite de dégénérescence amyloïde et graisseuse. Des gommes multiples *gg* s'observent à sa surface. Toutes ces productions sont enveloppées d'un tissu fibreux qui par une sorte de petit tendon va adhérer au diaphragme. (Obs. XXV, p. 272.)

Fig. 5'. — Fibres de tissu conjonctif, et noyaux provenant des couches périphériques des précédentes tumeurs.

Fig. 5''. — Noyaux arrondis, globules graisseux et cristaux de cholestérine venant de la partie centrale de ces mêmes tumeurs.

Fig. 6. — Cette figure, que nous devons à l'obligeance du professeur Richet, représente un ovaire altéré par la syphilis. *t* trompe d'Eustache, *o* ovaire incisé en deux moitiés, *l* ligament de l'ovaire, *g* dépôt gommeux.

Fig. 7. — Partie supérieure du rein droit (Obs. XXIX p. 330). Ce rein,

volumineux, d'un aspect lardacé, offre en même temps qu'une dégénérescence amyloïde un épaississement de la trame de substance conjonctive. *v* vaisseaux étoilés de la surface. Moitié de la grandeur naturelle.

Fig. 8. — Testicule syphilitique, *t* tunique vaginale, *a a* adhérences de cette tunique avec la tunique albuginée, *g g* masse gommeuse ayant envahi le testicule tout entier et amené la destruction complète de ses éléments. (Obs. XXV, p. 272.)

Fig. 8'. — *n* noyaux arrondis, *m* cristaux de margarine provenant de la masse gommeuse ci-dessus et vus au microscope.

Fig. 9. — Orchite syphilitique avec dépôts gommeux. Deux moitiés de testicule provenant du même individu (Obs. XL, p. 393). *v* tunique vaginale adhérente, *a* tunique albuginée notablement épaissie, *f f* tractus fibreux dus à l'épaississement des cloisons qui émanent de la tunique albuginée, *g* dépôt gommeux. — Les canalicules séminifères existent encore, mais ils sont altérés.

Fig. 9'. — Noyaux et cellules allongées provenant de la tumeur ci-dessus.

Fig. 1'

g

c'

c

Fig. 1

g

g

f

d

g'

f

c

Fig. 8'

a

b

c

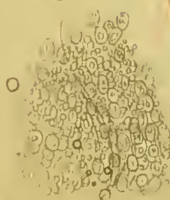
c

J. J. Lackerbauer ad nat. pinx.

Lésions du Cœur









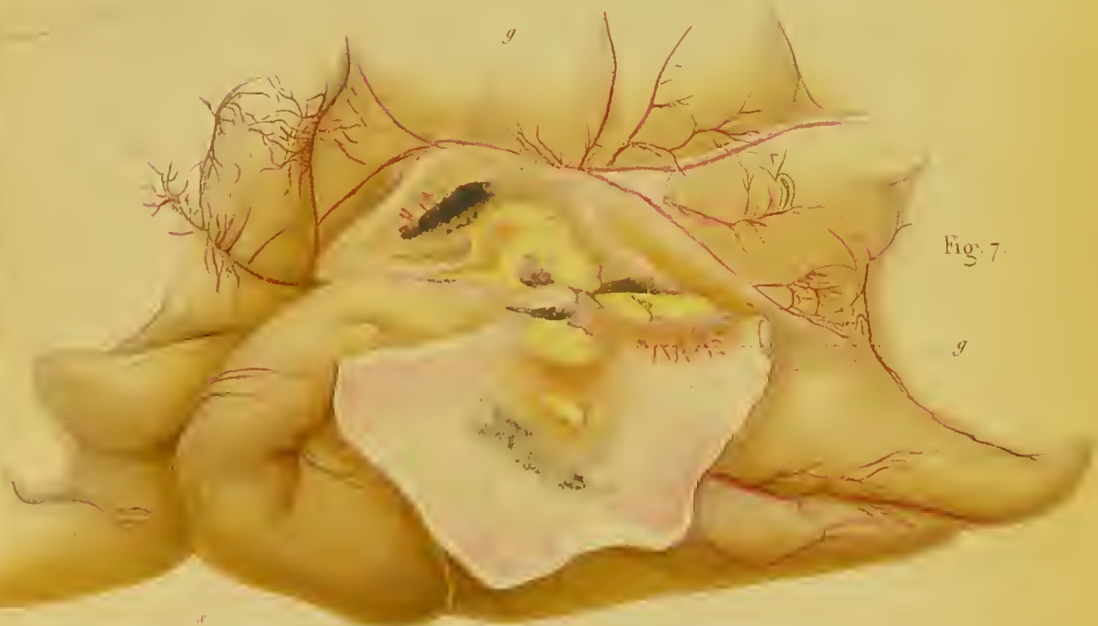












Annedouche sc.

...umons et du Cerveau

Planche II.

Fig. 1. — Myocardite gommeuse. Portion du cœur gauche à la surface interne duquel on voit saillir en *g g* de nombreuses tumeurs du volume d'un pois ou d'une petite noisette. — *g'* l'une de ces tumeurs fendue en deux moitiés par une section de la paroi de l'organe; à la coupe cette tumeur a la forme d'un croissant, elle est circonscrite par une zone de tissu fibreux; *ff* bande fibreuse interposée aux couches musculaires. *c* colonne charnue, *c'* section transversale destinée à faire voir l'infiltration gommeuse dont elle est le siége. (Obs. XL, p. 393.)

Fig. 1'. — Fibres musculaires du même organe, atteintes de dégénérescence graisseuse; *g* granulations graisseuses.

Fig. 2. — Cicatrices syphilitiques d'une bronche avec rétrécissement en *a*. (Obs. XXVII, p. 318.)

Fig. 3. — Infiltration et dépôts gommeux *g g* dans l'épaisseur et à la périphérie du parenchyme pulmonaire d'un adulte. (Obs. XXVII, p. 318.)

Fig. 3'. — Noyaux arrondis, cellules et fibres de tissu conjonctif provenant des masses ci-dessus.

Fig. 4. — Nodule gommeux *g* dans l'épaisseur du poumon d'un enfant nouveau-né. (Voyez p. 560.)

Fig. 4'. — Autres petits dépôts gommeux.

Fig. 4". — Cellules ovoïdes et allongées, fibres de tissu conjonctif et granulations graisseuses provenant des dépôts ci-dessus.

Fig. 5. — La main du même enfant, présentant à sa surface des bulles de pemphigus. (Voyez p. 560.)

Fig. 6. — Plaque jaune *a* du corps strié; petits dépôts gommeux *g g* dans l'épaisseur de la substance cérébrale. (Obs. XLIX, p. 465.)

Fig. 7. — Dépôt gommeux *g* situé à la périphérie de l'encéphale et adhérent à la dure-mère *d* rabattue; *s* scissure de Sylvius. (Obs. XXVIII, p. 322.)

Fig. 8. — Cicatrice linéaire *c* dans l'épaisseur du cerveau, *s* section perpendiculaire destinée à montrer l'étendue de la cicatrice, *c'* autre cicatrice à la surface de l'une des circonvolutions du même cerveau. (Obs. XL, p. 393.)

Fig. 8'. — *a b c d* dessins microscopiques de la substance de la cicatrice et de la substance nerveuse du voisinage. En *c*, tissu fibroïde cicatriciel, avec noyaux allongés après addition d'une petite quantité d'acide acétique.

Planche III.

Fig. 1. — Tumeurs gommeuses multiples du foie. *A* lobe droit, *B* lobe gauche, *v b* vésicule biliaire, *v* veine cave, *g g g* dépôts gommeux faisant saillie à la surface de l'organe, *s s s* sillons cicatriciels ayant amené une déformation considérable du foie, *f f* fausse membrane de la face convexe adhérant au diaphragme, *l s* toile fibreuse reliant au foie le petit lobule en *B*. Deux cinquièmes de la grandeur naturelle. (Obs. XXII, p. 246.)

Fig. 2. — Section perpendiculaire en *g'* du foie de la fig. 1, *g* dépôts gommeux circonscrits par un tissu fibreux, *v* veine cave, *v'* autre vaisseau.

Fig. 3. — Dessin microscopique fait par le docteur Cornil de l'une de ces tumeurs gommeuses. *a* noyaux situés dans une substance fondamentale dense et fibrillaire, *v v* noyaux groupés sous forme d'amas circulaires, *v'* groupe semblable aux précédents, mais dont le centre est vide. Grossissement, 220 diamètres.

Fig. 5. — Arthrite gommeuse du genou gauche provenant du même malade que le foie ci-dessus, *t* tendon rotulien, *r* rotule érodée en *e*, *l c* ligaments croisés, *g* masse gommeuse située entre le tendon rotulien et la synoviale articulaire, cette masse a la même structure que les gommes du foie. Épanchement séreux articulaire. (Obs. XXII, p. 246.) Deux cinquièmes de la grandeur naturelle.

Fig. 4. — Glomérule de Malpighi provenant d'un rein de nouveau-né syphilitique. Le glomérule et le tube urinifère qui en émane ne paraissent pas altérés.

Fig. 4'. — Tubes urinifères provenant du même rein et manifestement atteints de dégénérescence granulo-graisseuse. (Voyez p. 550.)

Fig. 1

A

B











Leveillé ad.nat. del. — Imp. Geny Gros r. St Jacques 33 Paris — Annedouche

Lésions du Foie et des Articulations

Publié par J. B ... et Fils

TABLE DES MATIÈRES

PRÉFACE VII
SYNONYMIE X

PREMIÈRE PARTIE.

Historique.

CHAPITRE PREMIER. — La syphilis dans l'antiquité 8
§ 1. — *De la syphilis chez les peuples de la Chine et de l'Inde* 8
§ 2. — *De la syphilis chez le peuple Juif, les Grecs et les Romains* 10
CHAPITRE II. — La syphilis au moyen age 16
CHAPITRE III. — Épidémie syphilitique de la fin du quinzième siècle. — Syphilis de la Renaissance 20
CHAPITRE IV. — Endémo-épidémies syphilitiques postérieures a celle du quinzième siècle 25
§ 1. — *Maladie de Brünn* 26
§ 2. — *Pian, Yaws, Frambœsia* 27
§ 3. — *Sibbens d'Écosse* 31
§ 4. — *Radesyge de Suède et de Norwége* 31
§ 5. — *Bouton d'Amboine. — Maladie de Sainte-Euphémie. — Pian de Nérac* 35
§ 6. — *Maladie de la baie de Saint-Paul ou Syphiloïde du Canada, Mal anglais, Maladie des éboulements, etc* 37
§ 7. — *Endémo-épidémies syphilitiques des côtes de la mer Adriatique. — Falcadina. — Scherlievo. — Male di Breno. — Frenga, etc* 38
§ 8. — *Maladie de Chavanne-Lure, et de quelques épidémies plus récentes* 40
CHAPITRE V. — Distribution géographique de la syphilis 42
§ 1. — *Europe* 42
§ 2. — *Asie* 46
§ 3. — *Océanie* 48
§ 4. — *Afrique* 49
§ 5. — *Amérique* 53

DEUXIÈME PARTIE.

Nosographie.

Définition et division ....

SYPHILIS ACCIDENTELLE ... 59

CHAPITRE PREMIER. — Période d'incubation, son existence, sa durée ... 62

CHAPITRE II. — Période d'éruption locale ... 67

§ 1. — *Éruption locale — accident primitif* ... 68
Fausse syphilis ou syphilis locale ... 89
§ 2. — *Bubons et lymphangites* ... 101
§ 3. — *Diagnostic et pronostic de la syphilis à la période d'éruption locale* ... 112

CHAPITRE III. — Période d'éruption générale, dite des accidents secondaires ... 116

Symptômes prodromiques, chlorose syphilitique, fièvre d'invasion, fièvre syphilitique ... 118
§ 1. — *Affections cutanées. La famille des syphilides. — Division de cette famille en deux grandes classes. — Syphilides superficielles, généralisées ou exanthématiques. — Syphilides profondes, circonscrites ou gommeuses* ... 128
A. Syphilide érythémateuse ... 133
B. Syphilide papuleuse ... 137
C. Syphilide pustuleuse ... 140
D. Syphilide vésiculeuse ... 142
E. Syphilide squammeuse et pigmentaire ... 144
Alopécie secondaire ... 146
Lésions de l'épiderme et des ongles ... 14
§ 2. — *Affections des membranes muqueuses. — Syphilides enanthématiques* ... 154
A. Syphilide érythémateuse (angines, bronchites syphilitiques) ... 154
B. Syphilides ulcéreuses superficielles des muqueuses ... 162
Plaques muqueuses ... 165
§ 3. — *Affections viscérales secondaires* ... 173
A. Adénopathies et ictère syphilitiques secondaires ... 174
B. Affections musculaires, osseuses et articulaires. — Lésions des épididymes et des testicules ... 181
C. Affections nerveuses ... 187
Affections des organes des sens. — Ophthalmies syphilitiques ... 189
Iritis syphilitique ... 190
Choroïdite syphilitique ... 193
Rétinite syphilitique ... 196

CHAPITRE IV. — Période des productions gommeuses, dite des accidents tertiaires et quaternaires ... 198

ARTICLE I. — **Appareil tégumentaire externe. — Dermopathies syphilitiques tardives ou syphilides profondes. — Lésions du tissu cellulaire sous-cutané** ... 201

§ 1. — *Lésions cutanées. — Syphilides profondes* ... 201
A. Syphilides pustulo-ulcéreuses, bulleuses, pustuleuses profondes ... 202
B. Syphilides tuberculeuses ... 205
Alopécie et onyxis tertiaires ... 210
§ 2. — *Lésions syphilitiques du tissu cellulaire sous-cutané* ... 212

A. Lésions diffuses. — Inflammation diffuse du tissu cellulaire sous-cutané 213
B. Lésions circonscrites. — Tumeurs gommeuses ou gommes du tissu cellulaire sous-cutané 214
Affections syphilitiques des glandes mammaires 221
ART. II. — **Appareil de la locomotion** 226
§ 1. — *Affections syphilitiques des os, des cartilages et des articulations.* 226
A. Ostéopathies syphilitiques 227
B. Chondropathies syphilitiques 243
C. Arthropathies syphilitiques tertiaires 244
§ 2. — *Lésions des muscles, des aponévroses et des tendons* 258
A. Myopathies syphilitiques 259
B. Lésions syphilitiques des aponévroses et des tendons 264
Lésions syphilitiques des doigts. — Panaris syphilitique 266
ART. III. — **Appareil génito-urinaire** 268
§ 1. — *Organes génitaux de l'homme* 268
A. Affections syphilitiques des testicules et des épididymes 269
B. Affections syphilitiques des canaux déférents, des vésicules séminales et de la prostate 278
§ 2. — *Organes génitaux de la femme* 280
A. Affections syphilitiques des ovaires 280
B. Affections syphilitiques des trompes utérines, de l'utérus et du vagin 283
§ 3. — *Organes urinaires dans les deux sexes* 287
A. Affections syphilitiques du canal de l'urèthre, de la vessie et des uretères 287
B. Affections syphilitiques des reins 289
ART. IV. — **Appareil de la digestion** 298
§ 1. — *Affections syphilitiques de la bouche et du pharynx* 298
A. Ulcérations tardives, ulcères profonds 299
B. Tumeurs gommeuses 302
§ 2. — *Affections syphilitiques de l'œsophage* 307
§ 3. — *Affections syphilitiques de l'estomac et des intestins. Gastro-entéropathies syphilitiques* 310
§ 4. — *Affections syphilitiques des glandes annexes du canal alimentaire. — Follicules clos. — Amygdales. — Glandes salivaires. — Pancréas* ... 317
A. Follicules clos de la base de la langue, des intestins et des amygdales 317
B. Glandes salivaires et pancréas 318
§ 5. — *Lésions syphilitiques du péritoine* 321
ART. V. — **Appareil de l'hémopoïèse** 325
§ 1. — *Affections syphilitiques du foie* 326
§ 2. — *Affections syphilitiques des glandes vasculaires sanguines* 373
ART. VI. — **Appareil de la circulation** 383
§ 1. — *Affections syphilitiques du cœur et de ses enveloppes* 383
A. Affections syphilitiques du péricarde 383
B. Affections syphilitiques du cœur 384
§ 2. — *Affections syphilitiques des artères et des veines* 399
A. Lésions artérielles 399
B. Lésions veineuses 403

ART. VII. — **Appareil de la respiration** 404
§ 1. — *Affections syphilitiques du larynx* 404
§ 2. — *Affections syphilitiques de la trachée et des bronches* 412
§ 3. — *Affections syphilitiques des poumons* 419
ART. VIII. — **Appareil de l'innervation** 440
§ 1. — *Affections des enveloppes cérébrales. — Méningopathies syphilitiques* 442
§ 2. — *Affections de la masse encéphalique. — Encéphalopathies syphilitiques* 452
§ 3. — *Affections syphilitiques de la moelle épinière. — Myélopathies syphilitiques* 487
§ 4. — *Affections syphilitiques des nerfs* 493
Nerfs de la troisième paire ou moteurs oculaires communs 495
Nerfs pathétiques ou de la quatrième paire 496
Nerfs moteurs-oculaires externes ou de la sixième paire 497
Nerfs faciaux ou de la septième paire 497
Nerfs pneumo-gastriques et spinaux ou dixième et onzième paires... 499
Nerfs hypoglosses et glosso-pharyngiens 499
Nerfs trijumaux 499
Nerfs rachidiens 501
Nerfs splanchniques 503
ART. IX. — **Appareils des sensations spéciales** 504
§ 1. — *Appareil de l'olfaction* 504
Rhinite syphilitique ulcéreuse, ozène syphilitique 504
§ 2. — *Appareil de la vision* 507
Lésions des voies lacrymales 507
Lésions des paupières 509
Lésions de la cornée (kératite interstitielle chronique) 511
Lésions des nerfs optiques et des rétines. — Amauroses syphilitiques. 511
§ 3. — *Appareil de l'audition* 513
Lésions de l'oreille externe 515
Lésions de l'oreille moyenne 516
Lésions de l'oreille interne 516

CHAPITRE V. — MODES D'ÉVOLUTION. — DURÉE. — TERMINAISON. — RÉCIDIVES. — TRANSFORMATIONS. — COMPLICATIONS 519

SYPHILIS HÉRÉDITAIRE 533

Époque d'apparition 537

CHAPITRE PREMIER. — SYPHILIS HÉRÉDITAIRE HATIVE OU CONGÉNITALE. 539

§ 1. — *Lésions du tégument externe* 539
§ 2. — *Lésions du tégument interne* 548
§ 3. — *Appareil de la locomotion* 549
§ 4. — *Appareil génito-urinaire* 550
§ 5. — *Appareil de la digestion* 551
§ 6. — *Appareil de l'hémopoïèse* 552
§ 7. — *Appareil de la circulation* 557
§ 8. — *Appareil de la respiration* 557
§ 9. — *Appareil de l'innervation* 562

CHAPITRE II. — Syphilis héréditaire tardive.................... 564
Ophthalmies syphilitiques héréditaires.................... 568
Lésions des enveloppes de l'œuf.................... 572

CHAPITRE III. — Modes d'évolution. — Physionomie générale....... 573
VARIÉTÉS DE LA SYPHILIS.................... 578
RAPPORTS ENTRE LA SYPHILIS ET LES AUTRES MALADIES.................... 582

TROISIÈME PARTIE.

Séméiotique.

§ 1. — *Diagnostic*.................... 588
§ 2. — *Pronostic*.................... 601

QUATRIÈME PARTIE.

Étiologie.

CHAPITRE PREMIER. — Cause efficiente. — Le virus syphilitique; son action, ses modes de transmission.................... 607
§ 1. — *Contagion*.................... 613
Sources de la contagion.................... 613
Modes de la contagion.................... 628
Conditions et résultat immédiat de la contagion.................... 646
§ 2. — *Hérédité*.................... 652
CHAPITRE II. — Causes prédisposantes et déterminantes.................... 657
Influences physiques et hygiéniques.................... 658
Influences physiologiques.................... 662
Influences pathologiques.................... 665

CINQUIÈME PARTIE.

Thérapeutique.

CHAPITRE PREMIER. — Prophylaxie.................... 667
§ 1. — *Hygiène publique*.................... 667
Mesures relatives aux hommes.................... 671
Mesures relatives aux prostituées et autres femmes.................... 672
Mesures relatives aux nourrices et aux nourrissons.................... 675
§ 2. — *Hygiène privée*.................... 678
CHAPITRE II. — Thérapie.................... 680
§ 1. — *Des diverses méthodes de traitement employées jusqu'à nos jours*. 680
Traitement rationnel ou méthodique.................... 680
Traitement par le mercure.................... 690

Traitement sans mercure.. 693
Traitement par l'or, l'argent, le platine et l'airain.................. 698
Traitement par l'arsenic, l'iode et l'iodure de potassium............. 699
§ 2. — *Traitement de la syphilis accidentelle à ses diverses périodes*.... 702
Période d'incubation et d'éruption locale.......................... 704
Période d'éruption générale ou des accidents secondaires........... 709
Période des productions gommeuses ou des accidents tertiaires....... 719
§ 3. — *Traitement de la syphilis héréditaire*........................ 724
§ 4. — *Effets physiologiques et pathogéniques du mercure et de l'iodure de potassium*.. 730
§ 5. — *Eaux minérales. — Hydrothérapie. — Diététique*............. 736
§ 6. — *Syphilisation et vaccination*.................................. 745

SIXIÈME PARTIE.

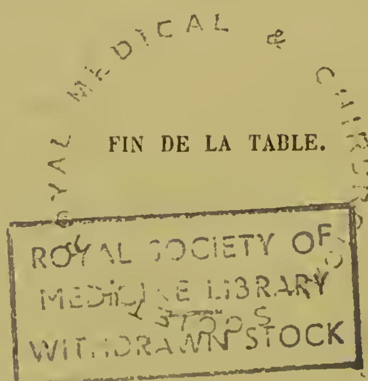
Médecine légale.. 753

APPENDICE.

Des affections supposées syphilitiques chez les animaux...... 764

EXPLICATIONS DES PLANCHES...................................... 773

FIN DE LA TABLE.





ERRATA :

ERRATA

—

Page 2, ligne 18, *au lieu de* épigénère, *lisez* épigénèse.
— 52, — 14, *au lieu de* côte orientale, *lisez* côte occidentale.
— 56, — 20, facies, *mot à supprimer.*
— 59, — 13, *au lieu de* chacun, *lisez* chacune.
— 70, — 29, *ajoutez* Viennois, thèse de Paris, 1860.
— 96, — 8, *au lieu de* chancre dur, ou suppurant, *lisez* chancre dur non suppurant.
— 146, — 17, *au lieu de* ces éphélides, *lisez* les éphélides.
— 162, *transposer les notes* 1 *et* 2.
— 194, — 21, *au lieu de* troublé, *lisez* trouble.
— 199, — 23, *au lieu de* rassemblé, *lisez* déposé.
— 214, — 31, *au lieu de* étasien, *lisez* étaient.
— 215, — 9, *au lieu de* puriformes, *lisez* fusiformes.
— 240, — 35, *au lieu de* composition, *lisez* formation.
— 262, — 29, *au lieu de* ont des symptômes communs, *lisez* ont un symptôme commun.
— 275, — 34, *au lieu de* abondant, *lisez* abondante.
— 291, — 6, *au lieu de* gommeuses, *lisez* gommeuse.
— 316, — 5, *au lieu de* Borero, *lisez* Bovero.
— 352, — 6, *au lieu de* seciton, *lisez* section.
— 360, — 18, *au lieu de* ffections, *lisez* affections.
— 461, — 7, *au lieu de* voici les faits, *lisez* voici ces faits.
— 496, note 1, *au lieu de* Badin d'Hartebise, *lisez* Badin d'Hurtebise.
— 504, ligne 3, *au lieu de* appareil, *lisez* appareils.
— 532, — 29, *au lieu de* complications, *lisez* lésions.
— 537, — 27, *retranchez le mot* héréditaires.
— 582, *au lieu de* Rapports entre la syphilis et les autres maladies, *lisez* Influence de la syphilis sur les autres maladies.
— 590, — 4, *au lieu de* ces abcès, *lisez* des abcès.
— 590, — 25, *retrancher le mot* différentiel.
— 616, note 3, *au lieu de* Bouchardion, *lisez* Bouchard.
— 653 et 655, titre de page, *au lieu de* contagion, *lisez* hérédité.
— 654, ligne 2, *au lieu de* syphilitiques, *lisez* syphilitique.
— 655, — 11, *au lieu de* ces conditions, *lisez* cette condition.
— 680 — 30, *au lieu de* méthotique, *lisez* méthodique.
— 687, note 2, *au lieu de* 1856, *lisez* 1556.
— 710, ligne 13, *supprimez* par jour.

Corbeil. — Imprimerie Crété.

